

Université de Sherbrooke

**Élaboration d'un guide de pratique pour l'évaluation des capacités reliées au travail
d'une clientèle présentant une déficience physique**

par
Sophie Roy
Programme de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maître ès science (M.Sc.) en sciences cliniques

Sherbrooke, Québec, Canada
Avril 2013

Membres du jury d'évaluation

Marie-José Durand, directrice de recherche, Programme de sciences cliniques
Hélène Corriveau, co-directrice de recherche, Programme de sciences cliniques
Yannick Tousignant-Laflamme, École de réadaptation
Marie-Fabienne Fortin, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

© Sophie Roy, 2013



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

ISBN: 978-0-494-95158-3

Our file Notre référence

ISBN: 978-0-494-95158-3

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

Canada

Élaboration d'un guide de pratique pour l'évaluation des capacités reliées au travail d'une clientèle présentant une déficience physique

par Sophie Roy

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maître ès science (M.Sc.) en sciences cliniques, Faculté
de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec,
Canada, J1H 5N4

L'évaluation des capacités reliées au travail (ÉCT) de personnes souffrant d'une déficience physique est une pratique clinique courante en ergothérapie. Les résultats de l'ÉCT servent à déterminer l'admissibilité à des services de réadaptation, à un processus de réorientation professionnelle ou à des indemnités de remplacement de revenus. Ils peuvent aussi être utilisés dans la planification des interventions de réadaptation visant le retour au travail ou pour l'adaptation d'un poste de travail. Cependant, la pratique évaluative des cliniciens à l'égard de l'ÉCT présente une grande variabilité. Cette variabilité des pratiques amène un questionnement sur la qualité des résultats qui en sont issus. Des résultats inexacts ou incomplets peuvent avoir des impacts négatifs majeurs sur la santé et la qualité de vie des travailleurs présentant une déficience physique. Une des solutions proposées actuellement pour réduire cette variabilité et augmenter la qualité des soins de santé est l'élaboration et la dissémination de guides de pratique. Les guides de pratique consistent en des recommandations élaborées à partir des données probantes d'un domaine en particulier. Ils sont une des sources d'informations de qualité sur lesquelles les cliniciens peuvent appuyer leurs décisions cliniques. Cette étude propose d'élaborer à l'intention des ergothérapeutes, un guide de pratique pour l'ÉCT des personnes présentant une déficience physique. Il s'agit d'une recherche de développement qui a consisté en une recension systématique des écrits à partir de laquelle une première version du guide de pratique a été élaborée. Cette première version a fait l'objet d'une consultation auprès de 24 ergothérapeutes experts du domaine qui ont été répartis en quatre groupes de discussion et en deux entrevues individuelles. Les résultats révèlent que la plupart des participants sont en accord avec les recommandations issues de la recension des écrits. Bien que certaines recommandations aient dû être précisées ou complétées, les participants ont reconnu qu'elles couvraient l'ensemble du domaine. De plus, ils ont confirmé l'utilité du guide de pratique. La version finale du guide de pratique présente les concepts liés au fonctionnement au travail, situe l'ÉCT dans le processus de réadaptation puis présente 17 recommandations pour la pratique clinique. Aussi, un résumé du processus d'élaboration du guide et la signification des niveaux de preuve scientifiques complète le document. Le guide de pratique a été publié en 2011 et peut être téléchargé gratuitement en version PDF au www.irsst.qc.ca.

Mots-clés : Guide de pratique
Ergothérapie
Évaluation
Fonctionnement au travail
Capacités reliées au travail

À mes enfants, Anthony et Patrick, qui ont tenu bon tout au long de ce voyage qui a
mainte fois été menacé par les tempêtes et les récifs. Leur courage et leur confiance en la
vie m'ont inspiré plus d'une fois.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	ii
TABLE DES MATIÈRES	iv
LISTE DES ANNEXES	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS	4
1.1 ÉVALUATION DES CAPACITÉS DE TRAVAIL.....	4
1.2 VARIABILITÉ INAPPROPRIÉE DE LA PRATIQUE DE L'ÉCT	7
1.2.1 Formation et expérience des cliniciens	7
1.2.2 Cadres de référence et modèles conceptuels en regard de l'ÉCT	8
1.2.3 Disponibilité d'outils d'évaluation pour les cliniciens	13
1.2.4 Standards de pratique.....	15
1.3 L'ÉLABORATION DES GUIDES DE PRATIQUES : UNE SOLUTION À LA VARIABILITÉ INAPPROPRIÉE DES PRATIQUES CLINIQUES	16
CHAPITRE 2 : OBJECTIF DE L'ÉTUDE	20
2.1 OBJECTIF.....	20
CHAPITRE 3 : MÉTHODE	22
3.1 CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	22
3.2 RECENSION SYSTÉMATIQUE DES ÉCRITS	25
3.2.1 Stratégie de recherche documentaire	25
3.2.2 Extraction des données	27
3.2.3 Critères d'évaluation des données probantes.....	30
3.3 ÉLABORATION DE LA VERSION PRÉLIMINAIRE DU GUIDE DE PRATIQUE.....	32
3.3.1 Élaboration des recommandations pour la pratique clinique.....	33
3.3.2 Élaboration des différentes sections du GP	35
3.4 CONSULTATION AUPRÈS DE CLINICIENS EXPERTS.....	36
3.4.1 Participants potentiels et recrutement	36
3.4.2 Groupes de discussion.....	37
3.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	39
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS	41
4.1 ÉTAPES DE LA RECENSION SYSTÉMATIQUE DES ÉCRITS	41
4.1.1 Recherche documentaire.....	41
4.1.2 Extraction des données et synthèse.....	45
4.1.3 Qualité des écrits/études	46
4.2 VERSION PRÉLIMINAIRE DU GUIDE DE PRATIQUE	49
4.3 CONSULTATION AUPRÈS DE CLINICIENS EXPERTS.....	50
4.3.1 Caractéristiques des participants aux groupes de discussion et aux entrevues	50
4.3.2 Appréciation générale et format du GP	52
4.3.3 Section « Recommandations pour la pratique clinique ».....	54
4.3.4 Textes, tableaux et figures accompagnant les recommandations	66

4.3.5	Section « Niveaux de preuve et sommaire des recommandations »	67
4.3.5	Section « Généralités »	69
4.3.6	Section « Vignette clinique »	70
4.3.7	Préoccupations et besoins des participants	71
4.4	RÉSUMÉ	74
CHAPITRE 5 : DISCUSSION		78
5.1	RECENSION SYSTÉMATIQUE DES ÉCRITS	78
5.1.1	Stratégie de recherche documentaire	78
5.1.2	Évaluation des données probantes	82
5.2	SYNTHÈSE DES ÉCRITS ET ÉLABORATION DE LA VERSION PRÉLIMINAIRE DU GP	86
5.3	CONSULTATION DE CLINICIENS EXPERTS (groupes de discussion focalisée et entrevues)	87
5.3.1	La collaboration interdisciplinaire	87
5.3.2	Le modèle conceptuel	88
5.3.3	Réactions à la recommandation de l'approche dite " <i>top-down</i> "	90
5.3.4	L'application des recommandations et le contexte des agents payeurs (assureurs)	91
5.4	VALIDITÉ DE L'ÉTUDE	96
5.4.1	Validité du GP	97
5.4.2	Crédibilité et transférabilité de la consultation auprès des cliniciens experts	104
5.5	RETOMBÉES	105
5.5.1	Retombées cliniques	106
5.5.2	Retombées administratives	107
5.5.3	Retombées scientifiques	108
CONCLUSION		112
REMERCIEMENTS		113
RÉFÉRENCES		115
ANNEXE A		124
ANNEXE B		126
ANNEXE C		136
ANNEXE D		140
ANNEXE E		142
ANNEXE F		158
ANNEXE G		161
ANNEXE H		163
ANNEXE I		174
ANNEXE J		192

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE A	Tableau synthèse des méthodes d'élaboration des guides de pratique
ANNEXE B	Stratégies de recherche documentaire utilisées pour chacune des sources de données
ANNEXE C	Grille de lecture pour l'extraction des données
ANNEXE D	Échelle des niveaux de preuve de Burns et Grove (2009).
ANNEXE E	Grille d'évaluation de la qualité des études
ANNEXE F	Guide de discussion des groupes de discussion focalisée
ANNEXE G	Lettre d'information, questionnaire portant sur le profil des participants
ANNEXE H	Formulaire de consentement pour les participants des groupes de discussion focalisée et approbation du comité d'éthique de la recherche
ANNEXE I	Outil AGREE
ANNEXE J	L'évaluation des capacités reliées au travail pour une clientèle présentant une déficience physique : Guide de pratique à l'intention des ergothérapeutes

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Processus de connaissances à la pratique (Graham <i>et al.</i> , 2006, cité et traduit en français par l’Institut de recherche en santé du Canada, 2012).....	17
Figure 2 - Démarche adoptée pour l’élaboration du GP	24
Figure 3 - Synthèse des stratégies de recherche documentaire et de sélection des documents	29
Figure 4 - Processus de traitement des données pour l’élaboration de la première version du GP	34
Figure 5 – Résultats de la sélection des documents	42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Classification des niveaux de preuve des données probantes selon Burns et Grove (2009) (Traduction libre)	31
Tableau 2 – Grilles utilisées pour l'évaluation de la qualité des études/écrits selon le type d'étude.....	32
Tableau 3 – Description des documents retenus pour la rédaction du GP en fonction des niveaux de preuve.	43
Tableau 4 - Liste des quinze premières publications utilisés pour débiter l'élaboration du GP	45
Tableau 5 - Qualité des recensions intégratives des écrits.....	47
Tableau 6 – Qualité des articles proposant un modèle conceptuel ou un cadre de référence	47
Tableau 8 – Qualité des études qualitatives	48
Tableau 9 - Profils des participants (n=24).....	51
Tableau 10 - Recommandations pour la pratique clinique (version préliminaire) -	55
Tableau 11- Commentaires et corrections apportées sur la clarté des recommandations.	75
Tableau 12 - Commentaires et corrections apportées sur le contenu des recommandations	75
Tableau 13- Commentaires et corrections apportées sur la qualité des synthèses des données probantes	76

LISTE DES SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AGREE:	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
CSST :	Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail
CIF :	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
ÉCF :	Évaluation des capacités fonctionnelles
ÉCT :	Évaluation des capacités reliées au travail
GP :	Guide de pratique
IRSST :	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail
IWH:	Institute for Work and Health
MM :	Marge de manœuvre
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
PPH :	Classification du processus de production du handicap
SAAQ :	Société de l'assurance automobile du Québec
WCB-BC:	Workers' Compensation Board of British Columbia

INTRODUCTION

L'évaluation des capacités reliées au travail (ÉCT) des personnes souffrant d'une déficience physique est une pratique essentielle en réadaptation. Globalement, cette évaluation permet d'appuyer différentes décisions relatives aux traitements de réadaptation à offrir, à l'adaptation d'un poste de travail, à la détermination d'un retour sécuritaire et durable à un emploi ou encore à la réorientation professionnelle des personnes (Innes & Straker, 1998a).

Le travail occupe un rôle important chez l'adulte (Kielhoner, 2008; Law *et al.*, 1996). Il est une source d'autonomie financière, procure un statut social et est également une activité régulière qui influe grandement sur la gestion du temps et de l'espace chez l'adulte. Aussi, le travail peut fournir à une personne un sens à sa vie et l'occasion de se réaliser. En somme, le travail est un élément clé de l'intégration de l'adulte à la société. L'accomplissement de ce rôle important peut toutefois être affecté par une blessure ou une maladie (Kielhoner, 2008; Law *et al.*, 1996; Limoges *et al.*, 1987). Lorsque la participation au travail est interrompue, c'est la vie entière de la personne qui est chamboulée (Kielhoner, 2008; Limoges *et al.*, 1987). Conséquemment, dans le processus de réadaptation de la personne, la reprise d'un rôle de travailleur est l'un des objectifs importants (ACE, 2002; Baker et Jacob, 2003; Durand *et al.* 1998; 2008; Dutil et Vanier, 1998).

En raison de leur champs d'exercice¹, la plupart du temps au Québec, ce sont les ergothérapeutes qui réalisent les ÉCT des personnes présentant une déficience physique, que ce soit seul, ou en collaboration avec une équipe multi- ou interdisciplinaire. Ces ergothérapeutes pratiquent dans différents milieux : centres de réadaptation en déficience

¹ Champs d'exercice de l'ergothérapeute au Québec : « *Évaluer les habiletés fonctionnelles, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de l'être humain en interaction avec son environnement* » (l'article 37 o) du Code des professions : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.html).

physique, centres hospitaliers ou cliniques privées. Or, les écrits rapportent que la pratique professionnelle est variable dans le domaine des ÉCT (Dutil et Vanier, 1998; Mercier 1998; Strong, 2002). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces variations tels que le peu de formations disponibles, l'étendue de l'expérience des cliniciens (Dutil, 1998; Innes et Straker, 1998c; 2002b; 2003a), l'insuffisance de modèles conceptuels (Veloza, 1993; Innes et Straker, 1998b), le manque de disponibilité des protocoles d'évaluation pour les cliniciens (Cotton *et al.*, 2006), la faiblesse fréquente des qualités métrologiques des outils ou le manque d'études de validité de ceux-ci (King *et al.*, 1998; Innes et Straker, 1999a;1999b; Strong, 2002; Pransky et Dempsey, 2004; Gross, 2004; Wind *et al.*, 2005) ainsi que le manque de standards de pratique (Hart *et al.*, 1993; Travis, 2002; Strong, 2002; Strong *et al.*, 2004b). Par conséquent, cette grande variabilité des pratiques évaluatives par les cliniciens amène un questionnement sur la qualité des services que reçoivent les personnes évaluées (Strong *et al.* 2004b). En effet, si les conclusions de l'évaluation d'une même personne peuvent varier en raison de pratiques cliniques différentes, des risques de préjudices s'en suivent inévitablement. En fait, des résultats erronés peuvent avoir des conséquences désastreuses pour le travailleur blessé ou malade, par exemple : l'aggravation de l'état de santé lors d'un retour au travail, le refus de mesures de support permettant une réorientation professionnelle, ou encore une conclusion d'une incapacité complète au travail alors que des interventions sont encore possibles pour améliorer la compatibilité capacités-exigences de travail (Dutil et Vanier, 1998; Innes et Straker, 1998c). De fait, la grande variabilité des pratiques et les conséquences des résultats des ÉCT est un problème actuel qui préoccupe sérieusement l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) (communications personnelles avec le Syndic de l'OEQ).

Or, comme dans tous les secteurs liés à la santé, la qualité des soins est une question importante en réadaptation. La qualité des soins se définit comme le degré auquel les soins s'harmonisent avec les meilleures connaissances du moment et les pratiques courantes généralement acceptées (Eldar, 2000). Actuellement, une des solutions proposée pour réduire une variabilité problématique dans la pratique clinique et en rehausser la qualité est l'utilisation de guides de pratique (GP) (Davis *et al.*, 2007; The

Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004; National Health and Medical Research Council, 1999). Un guide de pratique, aussi appelé guide de recommandations pour la pratique clinique, consiste en des «propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données» (The AGREE Collaboration, 2002). Bien que de nombreuses méthodes d'ÉCT soient disponibles, il n'existe pas dans le domaine, à notre connaissance, un GP systématique qui aurait été développé à partir d'une méthodologie explicite et de qualité.

Ainsi un GP pour l'ÉCT donnerait une source d'information fiable et accessible pour guider et améliorer la pratique clinique des ergothérapeutes. De meilleures ÉCT apporteront des résultats et des recommandations plus justes pour les personnes évaluées.

Cette étude vise donc l'élaboration d'un guide de pratique à l'intention des ergothérapeutes afin de rehausser la qualité de l'évaluation des capacités reliées au travail de personnes présentant une déficience physique.

Ce mémoire comporte 5 chapitres. Le premier chapitre présente la recension des écrits portant sur les ÉCT et sur la variabilité des pratiques cliniques dans ce domaine. Le second chapitre expose l'objectif de l'étude. Le troisième chapitre décrit la méthode utilisée pour mener l'étude de même que les considérations éthiques. Les résultats de l'étude sont présentés dans le quatrième chapitre. Enfin le cinquième et dernier chapitre consiste en une discussion des résultats de l'étude en lien avec les connaissances actuelles. Le guide de pratique produit par cette étude est présenté à l'annexe J à la fin de ce mémoire.

CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente trois grands thèmes. D'abord différents thèmes liés à l'évaluation des capacités de travail (ÉCT) sont abordés afin de bien comprendre l'intervention dont il est question dans cette recherche, ainsi que la terminologie utilisée. Ensuite, la problématique qui justifie cette recherche, c'est-à-dire la variabilité inappropriée de la pratique clinique de l'ÉCT, est exposée. Enfin, l'élaboration des guides de pratiques cliniques est présentée en tant que solution à la variabilité des pratiques cliniques.

1.1 ÉVALUATION DES CAPACITÉS DE TRAVAIL

L'évaluation des capacités reliées au travail (ÉCT) est l'appréciation des capacités d'une personne à réaliser un travail. Habituellement, pour les personnes qui présentent une ou des déficiences suite à une maladie ou une blessure, cette évaluation se conduit dans un contexte de réadaptation au travail (Innes & Straker, 1998a). L'ÉCT décrit et analyse les tâches et les exigences de l'emploi selon différentes stratégies et détermine comment le travailleur peut y répondre (Pransky & Dempsey, 2004). Elle est différente de l'évaluation médicale qui, pour sa part, détermine si le travailleur est prêt à retourner au travail sur le plan de sa condition organique (Serra *et al.*, 2007). L'ÉCT peut être effectuée en parallèle avec l'évaluation médicale et lui être complémentaire (Lacerte & Wright, 1992).

Les objectifs spécifiques reliés à utilisation de l'ÉCT peuvent varier grandement. Dans le cadre d'une intervention clinique, les objectifs suivants peuvent se retrouver : situer les difficultés d'une personne en lien avec le retour au travail, élaborer les interventions requises pour un individu, être un moyen d'information pour le travailleur sur sa propre capacité, documenter les progrès réalisés pendant un traitement, déterminer les capacités de la personne dans le cadre d'une orientation professionnelle, ou encore émettre des recommandations à la personne ou à son employeur pour faciliter le retour ou le maintien au travail. Au plan administratif, les résultats de l'ÉCT peuvent servir à déterminer

l'admissibilité à des indemnités de remplacement de revenus et à des services de réadaptation, ou encore être utiles pour négocier la résolution d'une réclamation en cas de litige (Hart *et al.*, 1993; Abdel-Moty *et al.*, 1996; Innes & Straker, 1998a; King *et al.*, 1998; Strong, 2002; Pransky & Dempsey, 2004).

Il existe plusieurs types d'ÉCT (Hart, *et al.*, 1993; Abdel-Moty *et al.*, 1996; Innes & Straker 1998b, 2002a; Gibson & Strong, 2003). Bien qu'il existe quelques classifications de ces évaluations, Innes et Straker (2002a) proposent de les classer en deux grandes catégories : les évaluations des capacités fonctionnelles et les évaluations en milieu de travail.

Les évaluations des capacités fonctionnelles : Les évaluations des capacités fonctionnelles (ÉCF) consistent généralement en une batterie de tests permettant de mesurer les capacités maximales du travailleur selon certaines exigences physiques de travail telles que la manutention de charges, l'endurance assise, debout et/ou à la marche, la dextérité manuelle, la capacité à maintenir des positions contraignantes (ex. : penché, accroupi), la capacité de grimper, de ramper, etc. (Hart *et al.*, 1993; Innes & Straker, 1998b). Ces évaluations se déroulent généralement dans un milieu clinique et peuvent durer de quelques heures à quelques jours. Les ÉCF se composent de différentes méthodes de collecte de données telles que des tests standardisés (ex : échantillons de travail Valpar²) ou des mises en situation par simulation de tâches de travail. Il existe des ÉCF spécifiques à un emploi et des ÉCF générales (Innes & Straker, 2002). L'ÉCF spécifique à un emploi mesure les capacités de la personne en fonction des tâches et des exigences particulières d'un emploi déterminé (par exemple, un emploi de bureau). Une ÉCF générale, mesure les capacités de la personne selon des exigences générales de travail. La plupart du temps, ces dernières batteries de tests utilisent la liste des exigences

² Les échantillons de travail Valpar sont des tests standardisés où la personne effectue une tâche de travail prédéterminée, selon des instructions précises et sa performance est mesurée en termes de temps d'exécution et du nombre d'erreurs. La performance est comparée à des critères et permet, selon le fournisseur de ces tests (compagnie Valpar), de déterminer si la personne peut rencontrer les exigences en milieu réel de travail pour une tâche similaire à celle de l'échantillon.

qui sont énumérées dans le *Dictionary of Occupational Titles* (U.S. Department of Labors, 1991) ou d'autres nomenclatures de même type (Innes et Straker, 1998b).

Les évaluations en milieu de travail : Les évaluations en milieu de travail consistent en une mise en situation du travailleur dans ses tâches réelles dans l'environnement de travail. Elles cherchent à documenter les interactions spécifiques entre un travailleur, son emploi et son environnement de travail (Innes & Straker, 2002a). L'observation directe, les entrevues avec des personnes significatives (p. ex. : travailleur, employeur) et des questionnaires sont habituellement utilisés pour recueillir les données. Ces évaluations sont d'une durée variable selon les objectifs visés (une heure à plusieurs semaines). À notre connaissance, il n'existe pas de méthode d'évaluation standardisée pour les réaliser. Cependant, certaines grilles listant les paramètres à documenter dans le milieu de travail peuvent être utilisées (Bootes et Chapparo, 2002; Costa-Black, 2007). Également, certains modèles ou cadres de référence peuvent guider l'ÉCT d'une clientèle spécifique tels que l'« Approche idéale de l'évaluation en regard du travail » pour les personnes ayant subi des blessures graves suite à un accident de la route (Dutil et Vanier, 1998) ou encore la « Marge de manœuvre » pour une clientèle qui souffrent de douleur persistante d'origine musculo-squelettique (Durand *et al.*, 2008). Pour les évaluations en milieu de travail, le clinicien utilise habituellement de multiples sources et méthodes de collecte de données et fait une triangulation des informations afin d'obtenir une image juste de la compatibilité des capacités de la personne avec sa situation d'emploi (Dutil et Vanier, 1998; Bootes et Chapparo, 2002). Les paramètres évalués sont très variés et dépendent de la condition de la personne, de son type d'emploi et des objectifs de l'évaluation. Il peut s'agir de : réaliser une analyse des exigences de l'emploi, d'établir la capacité de la personne à effectuer les tâches et à satisfaire les standards de productivité, d'établir le fonctionnement de la personne dans le milieu social de travail, d'identifier les besoins d'adaptation, de déceler la présence et l'utilisation efficace de stratégies de régulation relativement à la douleur ou au stress ou encore de documenter la variation dans le temps des exigences de l'emploi (p. ex. : cadence) et des capacités de la personne (p. ex. : fatigue), etc. (Dutil et Vanier, 1998; Bootes et Chapparo, 2002; Sandqvist et Henriksson, 2004; Durand *et al.*, 2008).

1.2 VARIABILITÉ INAPPROPRIÉE DE LA PRATIQUE DE L'ÉCT

La variabilité de la pratique professionnelle reliée à l'ÉCT est un problème clinique important en raison de ses conséquences négatives potentielles sur la santé et la sécurité des personnes (Dutil et Vanier, 1998; Strong, 2002). Plusieurs facteurs semblent contribuer à cette variabilité, entre autres : la formation et l'expérience des cliniciens, l'insuffisance de modèles conceptuels, la disponibilité d'outils d'évaluation de qualité pour les cliniciens et le manque de standards de pratique. Ces différents facteurs seront brièvement décrits ci-après.

1.2.1 Formation et expérience des cliniciens

Innes et Straker (1998c) rapportent que la formation et l'expérience de l'évaluateur sont des facteurs qui influent sur la façon dont les évaluations sont réalisées. D'ailleurs, Dutil et Vanier (1998) soulignent que la complexité du portrait clinique d'un client combiné à un manque de formation du clinicien peut limiter de façon significative la validité des résultats obtenus lors des évaluations. De plus, selon Innes et Straker (2003a), il semble que les cliniciens plus expérimentés tendent à modifier les protocoles d'évaluation existants dans le but d'en augmenter leur utilité. Ces modifications suggèrent que les cliniciens expérimentés perçoivent que les protocoles ne seraient pas en mesure d'évaluer adéquatement toutes les dimensions nécessaires pour permettre l'élaboration d'un avis professionnel valable sur les capacités de travail de la personne (Innes & Straker, 2003a). Certains auteurs constatent également qu'il y a très peu de professionnels qui ont une expertise et une formation adéquate pour effectuer les ÉCT (Strong, 2004b ; Innes & Straker, 2002b). Les programmes de formation universitaire en ergothérapie accordent relativement peu de place à cette pratique évaluative dans leur cursus. De plus, il y a actuellement peu de formations continues sur ce sujet. Il existe toutefois des formes de mentorats réalisés par des cliniciens expérimentés pour la supervision de cliniciens débutants dans le domaine de l'ÉCT. Cependant ce mentorat est basé sur des expériences professionnelles individuelles.

1.2.2 Cadres de référence et modèles conceptuels en regard de l'ÉCT

Plusieurs auteurs soulignent que les cadres de références et les modèles conceptuels dans le domaine des ÉCT demeurent peu fréquents et sont souvent insuffisants pour guider l'évaluation (Veloza, 1993; Innes et Straker 1998b; Gross 2004). Toutefois, quelques propositions intéressantes sont disponibles dans la littérature en réadaptation. Ces cadres de références et modèles conceptuels abordent des dimensions très variées.

Cadres de références : Des écrits actuels, cinq cadres de référence sont ressortis soit : 1) l'« Approche idéale de l'évaluation en regard du travail » de Dutil et Vanier (1998); 2) une description séquentielle de l'ensemble des étapes d'une ÉCT qui tient compte de son environnement administratif (Abdel-Moty *et al.*, 1996); 3) une description de l'arrimage entre les objectifs poursuivis par l'ÉCT et les étapes de la réadaptation (Innes et Straker, 1998a); et finalement deux cadres de référence qui établissent une correspondance entre les différents outils d'évaluation qui doivent être utilisés et les dimensions du fonctionnement de la personne ou du travail soit, 4) celui proposé par Innes et Straker (1998b); et 5) un autre par Gibson et Strong (2003).

L'« Approche idéale de l'évaluation en regard du travail » de Dutil et Vanier (1998) propose un cadre de référence en lien avec l'ÉCT des personnes qui conservent des séquelles importantes suite à des blessures graves subies lors d'un accident de la route (lésion médullaire, traumatisme craniocérébral, blessures orthopédiques graves). Ce cadre de référence repose sur le postulat que toute personne peut travailler lorsqu'elle est mise dans des conditions appropriées. Selon ces auteurs, l'évaluation doit être précoce, écologique, continue, administrée par une équipe multidisciplinaire adéquatement formée et utilisant une approche centrée sur le client et aussi que les services soient accessibles et coordonnés. Ce cadre de référence est organisé selon trois phases, à savoir : 1) la préparation au travail, 2) l'entrée et le maintien au travail, et 3) le suivi continu à long terme. La première phase comprend les cinq étapes suivantes : l'évaluation des préalables au travail, l'identification des types d'emploi présumés compatibles avec les

caractéristiques de la personne et de son environnement, la recherche d'emplois disponibles parmi les types d'emplois identifiés, l'analyse du travail disponible et la sélection d'un emploi et enfin, l'évaluation des capacités de la personne à obtenir l'emploi choisi. La seconde phase comprend deux étapes : l'évaluation en milieu de travail puis l'identification des besoins pour le maintien au travail. La troisième phase ne comprend qu'une seule étape, soit le suivi à long terme. Dutil et Vanier (1998) précisent que les différentes étapes peuvent se chevaucher, que leur durée est variable et qu'elles ne sont pas toujours toutes nécessaires d'application. Pour chacune des étapes, Dutil et Vanier (1998) précisent le but de l'évaluation, les variables à considérer, les procédures de cueillette de données et les moments et les lieux de l'évaluation.

D'autres auteurs proposent plutôt une description séquentielle de l'ÉCT qui tient compte de l'environnement administratif dans lequel elle se déroule (gestion du dossier de l'accidenté par l'assureur et l'employeur). En effet, Abdel-Moty *et al.* (1996), ont proposé un cadre de référence pour l'ÉCT pour des travailleurs présentant des troubles musculo-squelettiques. Ce cadre décrit quatre étapes au processus d'ÉCT, à savoir : 1) la détermination de l'objectif de l'ÉCT, c'est-à-dire la précision par le référent du besoin, soit la détermination des capacités de travail générales ou spécifiques à un emploi, soit la détermination du potentiel de réadaptation de la personne ou encore l'élaboration de recommandations pour favoriser le retour au travail; 2) la référence à un organisme qui offre un service d'évaluation des capacités de travail; 3) l'évaluation proprement dite; et 4) la communication des résultats sous la forme d'un rapport écrit au référent. Les auteurs décrivent chacune de ces étapes et émettent plusieurs recommandations pour leur réalisation. En ce qui a trait à l'évaluation, il est à noter que dans ce cadre de référence, il est question de l'évaluation des capacités fonctionnelles (ÉCF). Les auteurs rapportent que cinq éléments influent sur la qualité des résultats obtenus lors de l'ÉCF et l'évaluateur doit composer avec l'influence de ces éléments. Il y a la personne évaluée avec ses motivations, l'évaluateur avec son expérience, les méthodes utilisées avec leurs limites, l'environnement dans lequel l'évaluation se déroule et la présence de tiers (réfèrent, compagnie d'assurance, etc.). De façon générale, Abdel-Moty *et al.* (1996)

considèrent que l'ÉCF doit faire l'objet d'un protocole standardisé pour l'administration de la batterie de tests afin de favoriser une bonne qualité des résultats.

Innes et Straker (1998a) proposent un cadre de référence qui situe plutôt les moments où une ÉCT est nécessaire pendant la réadaptation. Ils précisent également l'objectif habituellement visé par les ÉCT à chacun de ces moments (administratif, thérapeutique ou les deux à la fois). Selon Innes et Straker (1998a), en identifiant clairement le but de l'évaluation, le clinicien peut choisir les outils ou les approches les plus appropriés. Dans un second article, Innes et Straker (1998b) abordent le choix des outils à utiliser mais sans faire de liens directs et explicites avec les différents buts de l'ÉCT. Cependant, ils indiquent qu'il est d'abord nécessaire de situer les niveaux du fonctionnement à évaluer. Ces auteurs s'appuient sur le cadre de référence de Packer (1995, cité dans Innes et Straker, 1998b) lequel décrit les niveaux du fonctionnement de la personne. À la base, se situe le niveau le plus simple, un système corporel, puis les niveaux se complexifient jusqu'à atteindre le niveau le plus haut de la hiérarchie, à savoir l'exercice d'un rôle. De plus, les niveaux de fonction préconisés par Packer (1995) correspondent directement aux niveaux hiérarchiques présents dans le « système d'analyse des emplois » de l'*U.S. Department of Labor* (1991). À la base de ce système, se situent les mouvements élémentaires (mouvements les plus simples, comme par exemple, une flexion du coude). Puis les niveaux du « système d'analyse des emplois » se complexifient progressivement jusqu'au niveau le plus élevé appelé « poste » et qui désigne l'emploi spécifique d'une personne et qui comprend ses différentes tâches et responsabilités. Innes et Straker (1998b) utilisent donc ces deux hiérarchies en association afin de préciser les différents outils et approches d'ÉCT selon les niveaux qu'elles évaluent. Par exemple, les ÉCT qui correspondent au niveau de base (système corporel et mouvements élémentaires) peuvent être : l'évaluation des capacités physiques, telle que la force musculaire; l'évaluation des capacités psychologiques, telle que l'humeur; ou l'évaluation des capacités cognitives, telle que la mémoire. Les ÉCT qui évaluent les niveaux les plus complexes (rôle et poste) sont les évaluations qui se déroulent en milieu de travail où l'on observe la personne accomplir les tâches et les responsabilités réelles de son emploi. Cependant, ces auteurs ne décrivent pas les façons de réaliser ces ÉCT.

Dans la même perspective, Gibson et Strong (2003) appuient également leur cadre de référence sur le niveau de fonctionnement de la personne à évaluer pour guider le choix des approches ou des outils de l'ÉCT. Ce cadre de référence s'adresse aux travailleurs ayant subi une blessure au travail. Ces auteurs proposent d'utiliser la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) pour identifier les dimensions du fonctionnement de la personne à évaluer (Organisation Mondiale de la Santé, 2001). Ces dimensions sont : les fonctions organiques et structures anatomiques, les activités, et la participation sociale. Ces dimensions du fonctionnement sont influencées par des facteurs personnels et environnementaux. Gibson et Strong (2003) rappellent qu'il y a peu de corrélation entre les déficiences, les activités et la participation sociale. Il est donc inapproprié d'évaluer l'un pour inférer sur l'autre. Comme dans la proposition d'Innes et Straker (1998b), les ergothérapeutes précisent d'abord les dimensions du fonctionnement à évaluer puis sélectionnent les outils et les approches appropriés pour chaque dimension. Par conséquent, Gibson et Strong proposent d'utiliser des instruments qui mesurent les déficiences liées aux fonctions organiques et structures anatomiques du système musculo-squelettique (exemple : dynamométrie pour mesurer la force musculaire), d'utiliser une évaluation des capacités fonctionnelles lorsqu'il est question d'évaluer les limitations d'activité et enfin, d'utiliser une évaluation en milieu de travail lorsqu'il est question de documenter la participation sociale.

Modèles conceptuels : Deux modèles conceptuels en lien plus étroit avec les ÉCT sont ressortis. Il s'agit du « Fonctionnement au travail » (Sandqvist et Henricksson, 2004) et la « Marge de manœuvre » (Durand *et al.*, 2008; 2009).

Sandqvist et Henricksson (2004) proposent un modèle conceptuel pour une clientèle générale qui tient compte à la fois du fonctionnement de l'individu spécifiquement au travail (incluant toutes les dimensions: fonctions organiques et structures anatomiques, les activités et la participation sociale) et également des facteurs personnels et environnementaux pouvant influencer sur sa performance au travail. Ce modèle conceptuel présente trois dimensions au fonctionnement au travail : la participation au monde du

travail, la performance au travail et les capacités individuelles. La participation au monde du travail se définit comme étant la capacité de la personne à occuper un rôle de travailleur de même que d'acquiescer et de maintenir un emploi. Cette dimension ne dépend pas seulement de la personne mais également des facteurs sociaux tel que le marché du travail. La performance au travail correspond à la capacité de la personne à effectuer de façon satisfaisante les tâches et les responsabilités liées à son emploi. Les capacités individuelles correspondent aux aptitudes de la personne qui permettent l'exécution des tâches de travail (ex. : force musculaire, sensibilité tactile, mémoire, etc.). Ces trois dimensions s'influencent mutuellement. Bien que ces trois dimensions soient considérées simultanément dans le fonctionnement, elles doivent également être évaluées de façon indépendante afin de bien clarifier leur impact individuel sur le fonctionnement. Les auteurs ne spécifient pas les modalités d'évaluation de ces dimensions, sauf en ce qui a trait à la performance au travail. Ils recommandent que l'évaluation se fasse en milieu de travail et que l'ergothérapeute observe la personne exécuter les tâches de travail durant une période de temps suffisante pour obtenir des résultats justes. L'ergothérapeute doit porter attention à l'efficacité de l'exécution de la tâche et de la qualité de son produit. Les auteurs expliquent également que plusieurs facteurs personnels (p. ex.: âge, sexe, aptitudes) et environnementaux (p. ex.: aménagement du poste de travail) influencent, positivement ou négativement, le fonctionnement au travail. Ces auteurs ajoutent que le fonctionnement d'un individu au travail varie dans le temps et selon le lieu. Par conséquent, le résultat de l'évaluation est seulement une description ponctuelle du fonctionnement de l'individu.

Des travaux de Durand *et al.* (2008; 2009) traitent des dimensions qui influencent l'interaction de la personne avec son environnement de travail, et ce, pour une clientèle souffrant de douleurs persistantes en lien avec des troubles musculo-squelettiques. Pour ce faire, les auteurs empruntent à l'ergonomie le concept de marge de manœuvre (MM), c'est-à-dire « la possibilité ou la liberté dont dispose un travailleur pour élaborer différentes façons de travailler afin de rencontrer les objectifs de production, et ce, sans un effet défavorable sur sa santé » (Vézina, 2001, cité dans Durand *et al.*, 2008, p. 2). Le postulat sous-jacent appliqué à la réadaptation précise que la présence d'une MM

suffisante pour un travailleur permet la reprise du travail en santé et que conséquemment, le processus de réadaptation consiste justement à maintenir une MM suffisante pendant le retour progressif au travail. Une MM suffisante peut être obtenue malgré les incapacités de la personne, en faisant varier les différentes dimensions de celles-ci. Ces auteurs ont identifié six dimensions de la MM, à savoir : le contexte de travail (culture et organisation du travail), les exigences (de l'employeur, des tâches, etc.), les moyens dont le travailleur dispose pour satisfaire ces exigences, l'individu (perceptions, capacités, situation de vie du travailleur), l'activité de travail et les stratégies de régulation ainsi que les effets de la situation de travail sur la production et sur la santé. Dans cette perspective, l'ÉCT n'est pas transversale mais plutôt continue et en interaction avec les exigences réelles de travail.

Comme il a été décrit précédemment, les cadres de références mettent l'accent principalement sur l'ordonnance des étapes lors d'une évaluation des capacités reliées au travail et cernent les types d'outils à utiliser en fonction de celles-ci. Ces cadres peuvent être globalement superposés dans leurs grandes lignes. Les modèles conceptuels quant à eux, sont relativement récents et encore génériques, ce qui permet de créer de grandes balises à l'évaluation. Cependant, des précisions devront être apportées afin de faciliter leur opérationnalisation.

1.2.3 Disponibilité d'outils d'évaluation pour les cliniciens

Innes et Straker (1998b) rapportent que le manque d'accord sur les éléments à inclure dans l'évaluation amène l'utilisation d'une variété d'évaluations et d'outils dont les items sont sélectionnés souvent de façon intuitive. D'ailleurs, plusieurs écrits sur les ÉCT, en particulier les ÉCF, rapportent que leurs qualités métrologiques (validité, fiabilité, sensibilité au changement) sont peu étudiées ou souvent insuffisantes pour l'utilisation à des fins cliniques (King *et al.*, 1998; Innes et Straker, 1999a; 1999b; Strong, 2002; Gross, 2004; Pransky et Dempsey, 2004). Une recension systématique récente sur les instruments utilisés pour mesurer les capacités en lien avec le travail, les activités

quotidiennes et le sport a démontré que d'abord, plusieurs études sont de faible qualité. Par contre, parmi les études identifiées comme étant de bonne qualité, seulement quatre instruments de mesure ont démontré à la fois une bonne fidélité et une validité modérée ou bonne (Wind *et al.*, 2005). Trois d'entre eux mesurent la perception de la personne souffrant de douleur envers ses capacités fonctionnelles et le quatrième est une échelle qui mesure la fonction du membre supérieur.

Dans une étude qui avait pour but de décrire les pratiques des cliniciens liées à l'ÉCT, Innes et Straker (2003a) constatent qu'il y a une utilisation prédominante des méthodes qualitatives de collecte de données et également de méthodes d'analyse qualitative. Selon ces auteurs, les méthodes qualitatives sont cohérentes avec une vision dite « écologique » des évaluations en réadaptation, c'est-à-dire qui tiennent compte de la personne en interaction avec son environnement. De plus, ils constatent qu'une série de stratégies, similaires aux critères de rigueur en recherche qualitative, est utilisée par les cliniciens pour augmenter la rigueur de l'évaluation (p. ex. : engagement prolongé sur le terrain, triangulation des sources de données).

D'autres auteurs préconisent plutôt l'utilisation de protocoles standardisés afin de réduire les biais de l'évaluateur. De plus, ces protocoles doivent aussi être pratiques c'est-à-dire rapides et non coûteux (Hart *et al.*, 1993; Abdel-Moty *et al.*, 1996; Mooney, 2002). Plusieurs formations sont offertes par des compagnies privées portant sur l'utilisation du protocole d'évaluation qu'ils ont mis au point. Il n'y a actuellement pas de consensus sur lequel de ces protocoles d'évaluation est le meilleur (Strong *et al.*, 2004b).

D'autre part, il apparaît clair que les décisions des agents payeurs (assureurs) concernant le choix de l'ÉCT est associé à la fois à leur perception de l'expertise des cliniciens qu'ils choisissent et également, aux coûts associés à une évaluation (Strong *et al.*, 2004a). Ainsi, les qualités métrologiques des ÉCT ou la présence des modèles conceptuels guidant la pratique de celles-ci semblent peu être pris en compte. De plus, le coût des instruments, des protocoles d'évaluation et des formations pour les centres de réadaptation et les cliniques ont un impact sur leur acquisition. En effet, selon l'aisance

financière des centres et des cliniques, l'acquisition d'outil se fera ou non. Cette situation se répercute donc en modulant ainsi l'accès des cliniciens à certaines ÉCT. Or, l'étude de Cotton *et al.* (2006) supporte cette observation en révélant que les outils sont choisis surtout en fonction de leur coût et que les critères de qualité passeraient au second plan.

En somme, il existe plusieurs outils, plusieurs méthodes (méthode qualitative, protocole standardisé) et très peu de consensus sur leur choix pour l'ÉCT. Également, des facteurs économiques importants influencent l'acquisition des outils par les centres ou par les cliniciens.

1.2.4 Standards de pratique

Selon Strong *et al.* (2004b) la variabilité dans la pratique des ÉCT s'explique, entre autres, par l'absence de standard de pratique. En effet, tant au Canada qu'au Québec, les pratiques évaluatives ne font pas l'objet de règles précisant qui peut faire ces évaluations et comment elles doivent être menées. Il peut donc en résulter que des professionnels divers, ayant peu de connaissances ou de compétences dans le domaine, réalisent des ÉCT incomplètes et peu rigoureuses. Plusieurs auteurs recommandent donc la mise en place de standards de pratique et le développement de guides de pratique afin de réduire cette variation et les problèmes qui en résultent (Strong *et al.*, 2004b; Travis, 2002; Allen *et al.*, 2006).

Ainsi, bien que la pratique de l'ÉCT est courante et que ses résultats soient la base de décisions importantes, celle-ci ne repose pas sur des lignes de pratique clairement établies. Par conséquent, il devient nécessaire de palier à cette absence de standards afin d'ultimement d'améliorer la qualité de soins dans ce domaine (Strong *et al.*, 2004b).

1.3 L'ÉLABORATION DES GUIDES DE PRATIQUES : UNE SOLUTION À LA VARIABILITÉ INAPPROPRIÉE DES PRATIQUES CLINIQUES

La réduction de l'écart entre l'état des connaissances scientifiques et leur utilisation dans la pratique clinique est souvent identifiée comme une solution au problème de la variabilité inappropriée des pratiques cliniques et la qualité des soins (Davis *et al.*, 2007). Le processus par lequel les connaissances scientifiques sont utilisées dans les pratiques cliniques est complexe et implique divers détenteurs d'enjeux : les chercheurs, les cliniciens, les patients, les décideurs politiques, etc. (Sudsawad, 2007; Davis *et al.*, 2007; Graham *et al.*, 2006; Loisel *et al.*, 2005).

Afin de faciliter la compréhension de ce processus complexe, Graham *et al.* (2006), propose le modèle conceptuel « Processus des connaissances à la pratique » (*Knowledge to action process*). Selon ce modèle, le processus comprend deux cycles : la création des connaissances et la mise en pratique. Chacun de ces cycles présentent plusieurs phases tel que présenté à la figure 1. Dans les prochains paragraphes, seul le cycle de création des connaissances sera décrit.

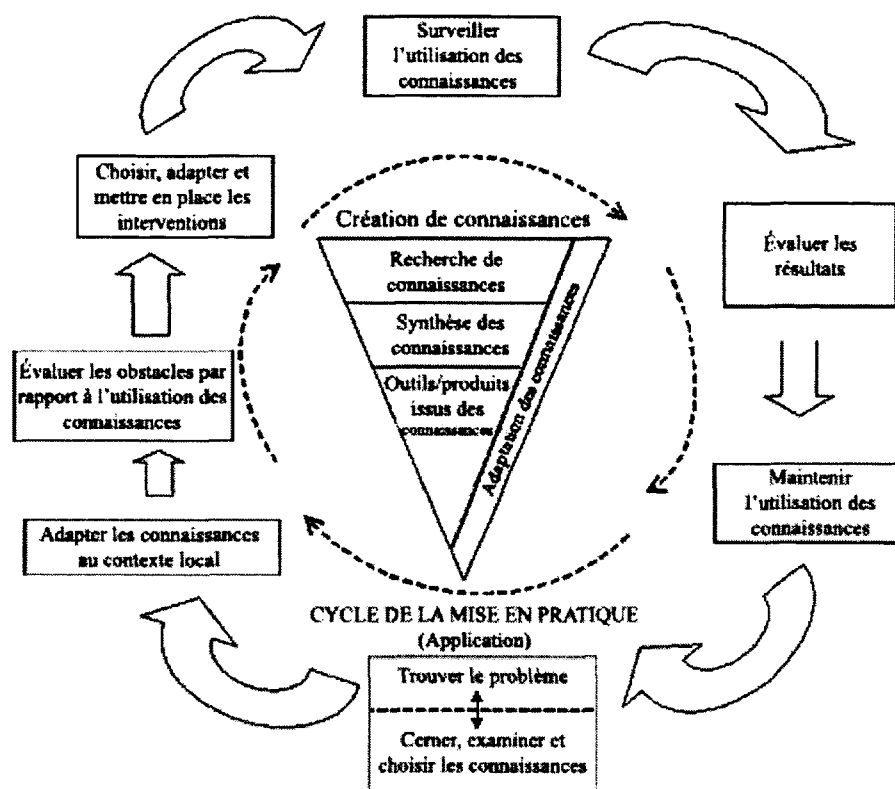


Figure 1 – Processus de connaissances à la pratique (Graham *et al.*, 2006, cité et traduit en français par l'Institut de recherche en santé du Canada, 2012)

Le « Cycle de la mise en pratique », a pour objectif l'implantation ou l'application des connaissances dans des organisations de santé ou par des groupes de cliniciens. Ce cycle comporte les activités pouvant être menées pour atteindre cet objectif.

Au centre de la figure est représenté le cycle de création des connaissances. Graham *et al.* (2006) y décrivent trois types de connaissances ou de recherches qui sont utilisées en santé. Ce cycle a la forme d'un entonnoir afin d'illustrer le raffinement des données vers un format utile pour les différents détenteurs d'enjeux en santé. Il y a d'abord la « Recherche des connaissances » qui représente les nombreuses études primaires, appelées aussi études originales ou études individuelles. Par la suite, il y a la « Synthèse des connaissances » qui correspond à une présentation critique et cohérente des connaissances existantes autour d'une question clinique donnée. Plus spécifiquement, les recherches consistent en des recensions systématiques des écrits, des méta-analyses et des

méta-synthèses. Toutefois, les recensions systématiques restent insuffisantes pour produire des recommandations pour la pratique clinique car il faut adapter les connaissances à la réalité clinique comme par exemple les préférences des patients, l'organisation des services ou les ressources disponibles (Moule et Goodman, 2009; Cook *et al.*, 1997). Ainsi, au bas de l'entonnoir sont présentés les « Outils/produits des connaissances » qui présentent les connaissances dans un format clair, convivial et utile afin de guider des détenteurs d'enjeux en santé. Ces « outils/produits » sont par exemple des guides de pratique ou encore des cheminements cliniques. Le but de ces « outils/produits » est de répondre au besoin d'informations des détenteurs d'enjeux et d'influencer leurs actions afin d'améliorer les soins de santé. Le développement de ces « outils/produits » correspond au concept de recherche-développement expérimental proposé par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). La recherche-développement expérimentale consiste en des « *travaux systématiques fondés sur des connaissances existantes obtenues par la recherche et/ou l'expérience pratique, en vue de lancer la fabrication de nouveaux matériaux, produits ou dispositifs, d'établir de nouveaux procédés, systèmes et services ou d'améliorer considérablement ceux qui existent déjà.* » (OCDE, 2002, p. 34).

Plus précisément, un guide de pratique, appelé aussi guide de recommandations pour la pratique clinique, consiste en des « *propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* » (The AGREE Collaboration, 2002). Ainsi, un guide de pratique est un outil/produit utile lorsqu'on cherche à améliorer la qualité et les résultats des soins, à réduire les variations inappropriées de la pratique, à promouvoir l'utilisation efficiente des ressources et à identifier les besoins de recherche relativement à une intervention donnée (Davis *et al.*, 2007; National Health and Medical Research Council, 1999). Bien qu'à l'origine les guides de pratique s'adressent au clinicien et son patient, selon plusieurs auteurs ils sont également des outils précieux en recherche évaluative ou axée sur les résultats (*outcomes research*) car ils établissent des standards de soins (Burns et Grove, 2009; Moule et Goodman, 2009).

L'élaboration des guides de pratique s'appuie sur des méthodes rigoureuses (Davis, 2007). Bien qu'il n'y ait pas encore de consensus formel sur la méthode à utiliser, les étapes à inclure dans le processus sont souvent les mêmes d'une méthode à l'autre (Lortie *et al.*, 2012; Qaseem *et al.*, 2012; Turner *et al.*, 2008), soit : l'identification et précision du domaine qui sera couvert, la formation et la direction des groupes de travail, le développement des questions cliniques, la recension systématique des écrits³, le développement des recommandations pour la pratique clinique à partir des données de la recension et soumis à un panel d'experts, l'élaboration des stratégies de dissémination, d'implantation et de révision, la révision par des examinateurs externes avant la publication de la version finale et finalement la mise à jour selon un échéancier (Shekelle *et al.*, 1999; Davis, *et al.*, 2007; National Health and Medical Research Council, 1999; The Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007).

Le présent projet s'insère donc dans le cycle de création des connaissances du Processus de connaissances à la pratique proposé par Graham *et al.* (2006) car il vise à répondre aux besoins des ergothérapeutes dans le domaine de l'ÉCT. En résumé, puisque l'évaluation des capacités reliées au travail est une pratique courante, qu'il existe une grande variabilité qui peut affecter la qualité de ce service, qu'il n'y ait pas de modèles conceptuels suffisamment développés pour guider la pratique et qu'il n'y ait pas de standards de pratique établis, il est essentiel d'élaborer un guide de pratique incluant une recension systématique des écrits.

³ Les groupes de travail peuvent utiliser une ou des recensions systématiques déjà publiées si elles sont liées au domaine couvert par le guide de pratique à élaborer. Elles peuvent également les mettre à jour si nécessaire (Cook *et al.*, 1997). Pour des exemples, voir Marshall *et al.* (mars 2012). Guide de pratique clinique pour les lésions cérébrales traumatiques légères et les symptômes persistants. *Le médecin de famille canadien*. Disponible sur le web au www.cfp.ca/content/58/3/e128.full.pdf, et aussi Poitras *et al.* (2008). An interdisciplinary clinical practice model for the management of low-back pain in primary care: the CLIP project. *BMC Musculoskeletal Disorders* 9 (54),

CHAPITRE 2 : OBJECTIF DE L'ÉTUDE

2.1 OBJECTIF

Cette étude vise l'élaboration d'un guide de pratique (GP) portant sur l'évaluation des capacités reliées au travail. Ce GP sera destiné aux ergothérapeutes œuvrant au Québec dans le domaine de la réadaptation au travail que ce soit en pratique privée ou dans le réseau public de la santé. Étant donné que les ergothérapeutes peuvent être appelées à mener des ÉCT auprès de différentes clientèles⁴, il est important de préciser que le GP portera spécifiquement sur l'ÉCT des personnes présentant une déficience physique. La définition de cette clientèle qui est retenue ici est celle du Ministère de la santé et des services sociaux : « personnes dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque selon toute probabilité d'entraîner des incapacités significatives et persistantes (incluant épisodiques) reliées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et pour qui la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux sont ou risquent d'être réduits » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p.21).

Les questions cliniques qui guideront la démarche sont :

- À quels moments l'ÉCT est-elle requise dans le processus de réadaptation et pourquoi?
- Quelles dimensions doivent être couvertes par une ÉCT?
- Quels sont les critères de qualité d'une ÉCT?
- Quels sont les modalités à utiliser lors d'une ÉCT?

Les objectifs spécifiques de cette étude sont :

- Connaître la littérature actuelle concernant l'ÉCT dans un processus de réadaptation au travail en menant une recension systématique des écrits;

⁴ Les ergothérapeutes ont un vaste champ de pratique et œuvrent auprès de diverses clientèles en santé physique, en santé mentale, en déficience physique et en déficience intellectuelle. Se référer au site web de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec pour plus de détails au www.oeq.org.

- Choisir les données probantes de la littérature répondant le mieux aux questions cliniques en évaluant le niveau de preuve et la qualité des études et écrits recensés;
- Élaborer un outil/produit pour les ergothérapeutes ayant la forme d'un guide de pratique;
- S'assurer que le contenu du guide de pratique soit complet et pertinent à la réalité clinique des ergothérapeutes québécois et également s'assurer que le format soit convivial en consultant des cliniciens experts puis en incorporant leur rétroaction à la version finale du GP.

CHAPITRE 3 : MÉTHODE

Ce chapitre traite du cadre méthodologique adopté pour élaborer le GP. Les différentes étapes suivies pour la recension systématique des écrits, pour l'évaluation de la qualité des données probantes et pour l'élaboration des recommandations et des textes du GP seront présentées. Finalement, les considérations éthiques seront abordées.

3.1 CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Tel que décrit précédemment, la présente recherche vise essentiellement le développement d'un outil/produit. La définition adoptée dans ce projet est celle de l'OCDE (2002), telle qu'énoncée dans le premier chapitre de ce mémoire. Cette étude est donc une recherche de développement expérimentale qui vise à améliorer l'intervention évaluative, l'ÉCT, en utilisant de façon systématique les données probantes existantes et en la formalisant dans un guide de pratique.

Suite à la lecture attentive des méthodes utilisées par divers auteurs (un tableau synthèse des méthodes est présenté à l'annexe A), la démarche de la présente recherche est élaborée principalement à partir des recommandations de la Haute Autorité de Santé (2006) et des critères de l'instrument *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE) concernant le contenu, la structure et la forme de celui-ci (The AGREE Collaboration, 2002). La démarche choisie vise ainsi à assurer la validité de contenu du guide et son applicabilité.

La Haute Autorité de Santé (2006) propose quatre grandes phases. Il y a d'abord la phase préparatoire qui vise à délimiter le domaine et la portée du GP, à analyser de façon critique la littérature et à produire une première série de recommandations. Dans cette phase, des cliniciens peuvent être consultés pour s'assurer que la revue du domaine est

complète et reflète la réalité de la clinique. La seconde phase cherche à établir un consensus par un groupe d'experts par un exercice de cotation des recommandations sur la base des données probantes disponibles et de leur expérience clinique. La troisième phase consiste en une lecture du GP par des détenteurs d'enjeux afin qu'ils donnent un avis sur l'applicabilité, l'acceptabilité et la clarté des recommandations. Finalement, la quatrième phase consiste à rédiger la version finale du texte du GP avant sa diffusion. Dans le présent mémoire la phase dite « préparatoire » a été réalisée. La figure 2 de la page suivante détaille la démarche adoptée pour l'élaboration du GP de l'ÉCT et ses liens avec les objectifs de l'étude.

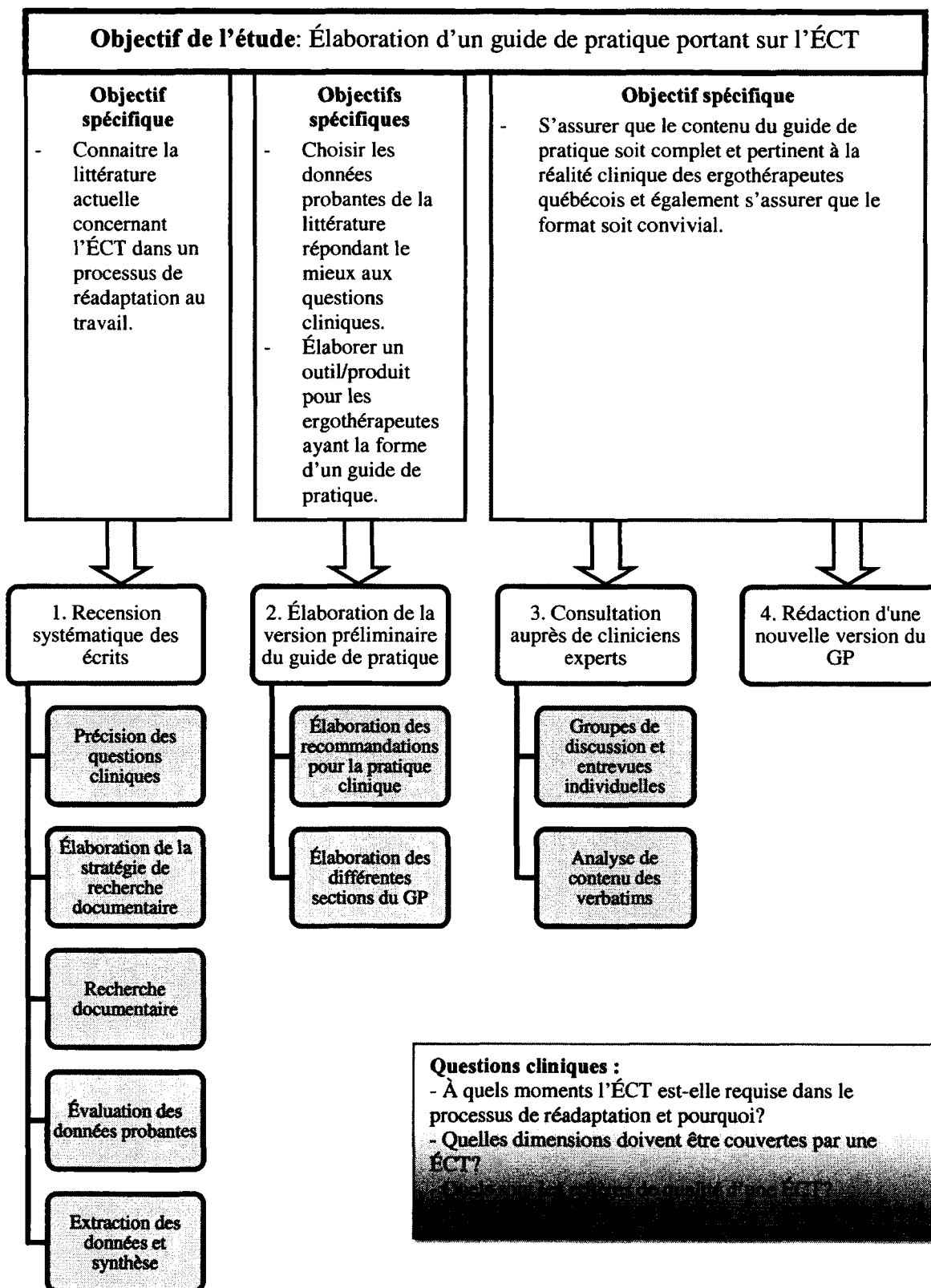


Figure 2 - Démarche adoptée pour l'élaboration du GP

3.2 RECENSION SYSTÉMATIQUE DES ÉCRITS

Comme mentionné précédemment, une recension systématique des écrits est nécessaire afin que le GP produit soit en accord avec les données probantes. Comme il n'y a pas de recension des écrits récente et complète permettant de répondre aux questions cliniques énoncées, une telle démarche doit donc être réalisée en premier lieu. Cette sous-section présente la démarche de recension systématique des écrits : stratégie de recherche documentaire, extraction des données, critères d'évaluation des données probantes et synthèse des données.

3.2.1 Stratégie de recherche documentaire

Afin d'inclure tout document pertinent aux questions cliniques et de bien couvrir le domaine, une stratégie de recherche documentaire "sensible" a été utilisée. Une stratégie dite "sensible" vise à rechercher un maximum de références pertinentes en utilisant, entre autres, plusieurs mots-clés et toutes les sources de données susceptibles d'être utiles pour répondre aux questions cliniques (Khan *et al.*, 2001; Higgins et Green, 2006; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007). La série de mots-clés suivante a d'abord été élaborée : *"work capacity evaluation"*, *"functional capacity evaluation"*, *"industrial rehabilitation"*, *"workplace assessment"*, *"job analysis"*, *"medico-legal assessment"*, *"occupational rehabilitation"*, *"work simulation"*, *"return-to-work"*, *"disability evaluation"*, *"occupational therapy"*, *"physical impairment"*, *"disabled person"*. À partir de ces mots-clés, une stratégie de recherche documentaire a été élaborée spécifiquement pour chacune des banques de données interrogées, à savoir : MEDLINE, CINAHL, OTDBASE, PsycINFO, *Proquest dissertations and theses* et EBM. La Revue québécoise d'ergothérapie a été fouillée manuellement puisqu'elle n'est pas répertoriée dans les banques de données électroniques. Aussi, trois sites web canadiens pertinents ont également été consultés : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), Institute for Work and Health (IWH), Workers' Compensation Board of

British Columbia (WCB-BC)⁵. La période couverte par la recherche documentaire s'étend de janvier 1993 à juin 2008. Une période de 15 ans a été choisie afin de s'assurer de bien couvrir le domaine. Les langues de publication choisies ont été le français et l'anglais. Les stratégies de recherche documentaire utilisées pour chacune des sources de données sont présentées à l'annexe B.

Les documents retenus ont été colligés dans une banque de gestion des données bibliographique élaborée à partir du logiciel RefWork. Les doublons ont été éliminés puis un premier tri des documents a été exécuté sur la base du titre et du résumé. Les documents devaient traiter l'un des trois thèmes suivants : sujet en lien avec la détermination de la capacité de travail; les facteurs qui influent sur la capacité de travail; les facteurs qui favorisent ou entravent le retour au travail (incluant les interventions). Ce tri a été effectué par deux examinateurs expérimentés dans le domaine de la réadaptation au travail (l'auteure de ce mémoire et une agente de recherche). Étant donné que les articles touchaient des thèmes extrêmement variés, un test de fiabilité interjuges a été réalisé sur 75 références afin de s'assurer que les critères de sélection soient bien appliqués et que les documents retenus étaient semblables. Un taux d'accord entre les deux examinateurs de 96 % a été obtenu⁶. À la lecture du titre et du résumé, trois décisions étaient possibles, soit 1) la référence est conservée car elle répond aux critères de sélection, 2) la référence est rejetée car elle ne répond pas aux critères ou 3) le titre et le résumé ne permettent pas de juger si la référence doit être conservée ou rejetée.

Les références retenues (décision 1) et les références sur lesquelles il y a un doute (décision 3) ont fait l'objet d'un second tri, car la quantité d'écrits étaient très grande et les sujets encore très variés. Les critères de sélection ont donc été raffinés. Les nouveaux critères utilisés étaient les suivants : 1) toutes les références devaient concerner exclusivement des personnes présentant une déficience physique, et 2) être en lien avec l'ÉCT en milieu de travail ou en clinique, ou 3) présenter des instruments de mesure

⁵ Les adresses web des sites consultés sont présentés à l'annexe A.

⁶ Lors du test, les références qui n'ont été retenues que par un seul examinateur ont été discutées par les deux examinateurs afin de raffiner les critères de sélection. Ainsi, les références pertinentes parmi celles-ci (des 8% faisant l'objet d'un désaccord) ont été gardées.

utilisés en ÉCT, ou 4) des interventions en ergothérapie visant le retour au travail qui inclut généralement une approche d'évaluation des capacités de travail, ou 5) des évaluations concernant les capacités de travail par d'autres professionnels qu'un ergothérapeute, ou 6) concerner des interventions non ergothérapiques visant le retour au travail afin de cerner des modalités d'évaluation innovantes. Les documents traitant de l'évaluation faite par des conseillers d'orientation étaient exclus puisqu'ils sont centrés sur l'orientation professionnelles et non sur la réadaptation au travail. Ce tri a fait également l'objet d'un test de la fiabilité entre deux examinateurs afin de s'assurer de la concordance dans le choix des documents. Un taux d'accord de 92% a été obtenu auprès des tests sur un total de 200 références.

3.2.2 Extraction des données

Les références retenues ont par la suite été classées dans différentes catégories, selon leur sujet principal tel qu'apparaissant dans le titre et le résumé :

- A) ÉCT en général;
- B) ÉCT pour une clientèle précise;
- C) Ergothérapie et réadaptation au travail;
- D) Détermination de l'aptitude au travail fait par d'autres professionnels (ex. : médecins);
- E) Outils de mesure utilisés en réadaptation au travail;
- F) À clarifier (le titre et le résumé à eux seuls ne permettent pas de parfaitement juger de la pertinence du document).

Afin d'extraire les données pertinentes des documents retenus, une grille de lecture a été développée (annexe C). Cette grille comprend la notice bibliographique, les objectifs poursuivis ainsi que le devis de l'étude ou le type d'écrit (ex. : opinion). En second lieu, le type d'ÉCT dont il est question est identifié (ex. : ÉCT en milieu de travail) ainsi que la clientèle concernée (ex : personnes souffrant de maux de dos). La grille de lecture comprend également trois matrices permettant de regrouper les données extraites par thèmes. Ces thèmes reflètent les questions cliniques énoncées au départ (énoncées au chapitre deux). La première matrice concerne les caractéristiques d'une ÉCT de qualité telles que décrites par Innes et Straker (2003b). Ces caractéristiques sont : sécuritaire, exacte, complète, crédible, flexible, pratique et utile. La seconde matrice concerne les recommandations portant sur les dimensions à évaluer lors de l'ÉCT, ainsi que les

sources et méthodes privilégiées. Les dimensions retenues pour bâtir cette matrice sont celles du modèle du fonctionnement au travail de Sandqvist et Henricksson (2004). La troisième matrice regroupe les recommandations associées aux différentes étapes du processus d'évaluation tel que décrit par Innes et Straker (2002b). Il s'agit de : la compétence du clinicien, de la clarification de l'objectif de l'ÉCT, de l'identification des sources et des méthodes de cueillette des données, du processus de collecte et d'analyse des données et de la rédaction du rapport d'évaluation. Une catégorie nommée « autre » a également été ajoutée afin de permettre l'émergence de thème non préalablement identifié dans les matrices. Une vérification des données extraites par les deux évaluateurs a été faite sur les cinq premiers documents. Les grilles de lecture des documents restant ont été complétées par un examinateur.

Tel qu'il a été mentionné, les documents ont été regroupés en six catégories. Pour le développement du GP, tous les documents de la catégorie A, B et ceux de la catégorie C qui traitaient de l'ÉCT de façon détaillée ont été analysés en profondeur. Les données extraites de ces documents ont couvert de nombreux thèmes. Toutefois, devant l'ampleur des écrits à analyser et également avec le souci de garder le GP d'une dimension raisonnable, il a été décidé de ne pas procéder à l'évaluation de la qualité des outils de mesure recensés (catégorie D) et de ne pas formuler de recommandations à ce propos. Les documents de la catégorie D ont donc été rejetés suite à cette décision. D'autre part, la lecture de quelques documents concernant la détermination de l'aptitude au travail fait par d'autres professionnels (catégorie E) a démontré que les points de vue disciplinaires adoptés, ainsi que l'objectif même de ces évaluations étaient très différents de ceux utilisés en ergothérapie. Ces documents n'ont donc pas été retenus. Après l'analyse en profondeur des documents des catégories A, B et C puis des décisions qui ont mené à l'exclusion des catégories D et E, les titres et les résumés des publications de la catégorie F ont été relus. Cette deuxième lecture a permis de constater que ces documents n'étaient pas utiles pour le GP. Ainsi, seulement les données recueillies lors de l'analyse des documents des catégories A, B et C ont été retenues. À la page suivante, la figure 3 résume les étapes de la recherche documentaire et de la sélection des documents.

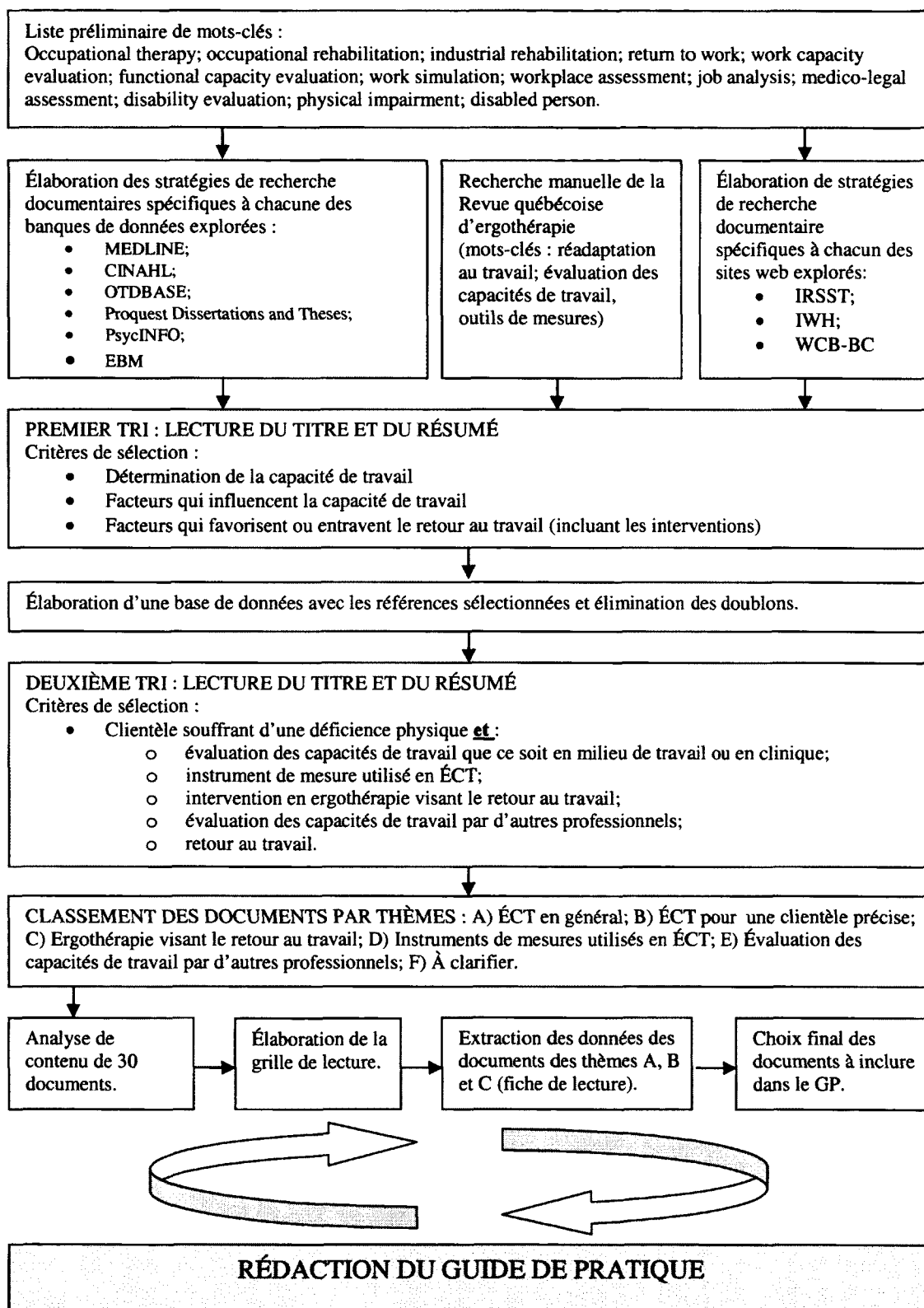


Figure 3 - Synthèse des stratégies de recherche documentaire et de sélection des documents

3.2.3 Critères d'évaluation des données probantes

Les guides de pratiques doivent être élaborés à partir des données probantes disponibles (Liddle *et al.*, 1996; The Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2007). La détermination de la force des données probantes permet non seulement de justifier objectivement la sélection d'une étude par rapport à une autre, mais également de guider les choix dans le traitement des données probantes extraites de ces études (Higgins et Green, 2006).

L'évaluation de la force des données probante se fait selon deux critères : 1) le niveau de preuve scientifique et 2) la qualité de l'écrit/étude (National Health and Medical Research Council, 1999; Liddle *et al.*, 1996). Le niveau de preuve scientifique repose sur la méthodologie de recherche utilisée; il sera plus élevé si la méthodologie utilisée permet d'éliminer fortement les biais potentiels comme une étude expérimentale ou une méta-analyse. La qualité de l'étude, quant à elle, est associée au contrôle des biais dans les études.

Les sous-sections suivantes présentent les moyens ou stratégies utilisés pour déterminer le niveau de preuve scientifique et la qualité des études ou des écrits retenus dans cette étude.

Niveaux de preuve scientifique : Dans cette étude, l'échelle des niveaux de preuve de Burns et Grove (2009) a été sélectionnée pour classer la force des données probantes issues de la recension des écrits. Cette échelle est présentée en annexe D. Comparativement aux autres échelles disponibles dans la littérature, elle présente l'avantage de discerner les niveaux de preuve entre les études non-expérimentales, qualitatives et les opinions d'experts. Elle propose donc de classer les données probantes en 11 niveaux de preuve. Le tableau 1 présente la classification de Buns et Grove (2009) à laquelle des chiffres romains ont été ajoutés pour identifier les niveaux.

Tableau 1 - Classification des niveaux de preuve des données probantes selon Burns et Grove (2009) (Traduction libre)

I	Recension systématique d'études expérimentales (essais randomisés de bonne qualité)
II	Méta-analyse d'études expérimentales (essais randomisés) et quasi-expérimentales
III	Recension intégrative d'études expérimentales et quasi-expérimentales
IV	Une seule étude expérimentale (essai randomisé)
V	Une seule étude quasi-expérimentale
VI	Méta-analyse d'études corrélationnelles
VII	Recension intégrative d'études corrélationnelles et d'études descriptives
VIII	Métasynthèses et métasommaire d'études qualitatives
IX	Une seule étude corrélationnelle
X	Une seule étude qualitative ou descriptive
XI	Rapport d'un comité d'experts, opinion d'une autorité respectée

Qualité des études et des écrits : Étant donné l'hétérogénéité des études dans le domaine de l'ÉCT, diverses grilles pour l'évaluation de la qualité des études ont été utilisées. Les grilles donne un score pour chaque étude et permet ainsi de les comparer entre elles (pour un même type d'étude). Les études qualitatives ont été évaluées à l'aide de la grille de Cesario *et al.* (2002) qui est présentée à l'annexe E. Les études à devis mixte ont été évaluées à l'aide de la grille de Pluye *et al.* (2009) qui est devenue disponible pendant l'analyse des documents de la recension. Cette grille est présentée à l'annexe E. En ce qui a trait aux documents présentant un modèle conceptuel, un cadre de référence, une recension intégrative des écrits ainsi que pour les études descriptives aucune grille n'était disponible à notre connaissance. Ainsi des grilles ont donc été construites à cet effet. Ces grilles sont présentées également à l'annexe E. Les documents relevant des opinions d'experts dans le domaine ou encore des descriptions d'interventions n'ont pas fait l'objet d'une analyse sur la qualité. Toutefois, une appréciation globale a été effectuée en utilisant des critères généraux : cohérence et précision du propos, argumentation structurée et appuyée sur des données probantes lorsque applicable. Le tableau 2 résume les différents types d'écrits retenus dans cette étude et les grilles utilisées pour évaluer leur qualité.

Tableau 2 – Grilles utilisées pour l'évaluation de la qualité des études/écrits selon le type d'étude

Types d'études/écrits	Grilles utilisées
Recension des écrits (dite «mixtes» ou «recension intégrative des écrits»)	Grille construite à partir des écrits méthodologiques suivants : Kirkevold (1997), Beyea et Nicoll, (1998), Burns et Grove (2009), Whittemore et Knafl (2005).
Modèle conceptuel ou cadre de référence	Grille construite à partir des critères de Burns et Grove (2009)
Étude descriptive transversale	Grille construite à partir des critères de Beaucage et Bonnier Viger (1996)
Étude qualitative	Cesario <i>et al.</i> (2002)
Devis mixte	Pluye <i>et al.</i> (2009)
Opinion d'experts ou d'autorité respectée, descriptions d'interventions et de programmes	Lecture critique seulement (applicabilité du contenu, cohérence et précision du propos, argumentation structurée et appuyée sur des données probantes lorsque applicable)

L'évaluation de la qualité des études a été faite par deux évaluateurs telle que recommandée par Davis *et al.* (2007), National Institute for Health and Clinical Excellence (2007), The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2004) et Higgings et Green (2006). Les évaluateurs ont coté individuellement les grilles puis ils ont comparé leurs résultats. En cas de différent, les cotations étaient discutées. Après discussion, les évaluateurs sont arrivés à un consensus dans tous les cas. Un troisième évaluateur n'a pas été requis pour trancher les différends.

3.3 ÉLABORATION DE LA VERSION PRÉLIMINAIRE DU GUIDE DE PRATIQUE

Cette section expose la stratégie utilisée pour élaborer la version préliminaire du GP ainsi que le processus de consultation des cliniciens experts à propos du contenu et de la présentation de cette première version.

3.3.1 Élaboration des recommandations pour la pratique clinique

La première version du guide de pratique a été élaborée à partir des résultats de l'analyse de contenu des documents retenus. Concrètement, les différentes recommandations pour la pratique clinique ont été extraites des documents à l'aide de la grille de lecture. Aussi, les résumés des données probantes sur lesquelles les recommandations s'appuient ont également été consignés dans la grille de lecture. Ces recommandations et le résumé qui leur est associé ont été regroupés dans des catégories provisoires. Les recommandations qui font déjà l'objet de lois et de règlements au Québec (ex. : Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels) ou de directives issues de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (ex. : tenue de dossier, compétences et responsabilités professionnelles) n'ont pas été retenues puisque ces informations sont déjà disponibles dans d'autres documents publiés par les organismes concernés. Les recommandations retenues ont été regroupées selon leur similitude conceptuelle. Par la suite, pour chaque nouveau regroupement, les résumés accompagnant les recommandations ont été combinés et synthétisés. De plus, certaines des recommandations et des synthèses ont été bonifiées grâce à des documents complémentaires. La qualité de ces documents a été évaluée de la même manière que les documents issus des sources de données. Lorsque des recommandations ou des résumés de données probantes étaient contradictoires entre eux, la sélection de ceux-ci a reposé sur les écrits ayant un niveau de preuve supérieur. Les recommandations finales (n=17) ont été regroupées sous huit catégories représentant des caractéristiques d'excellence des ÉCT (Innes et Straker, 2003; Dutil et Vanier, 1998). La figure 4 présente schématiquement le processus de traitement des données qui a mené à la première version des recommandations du GP.

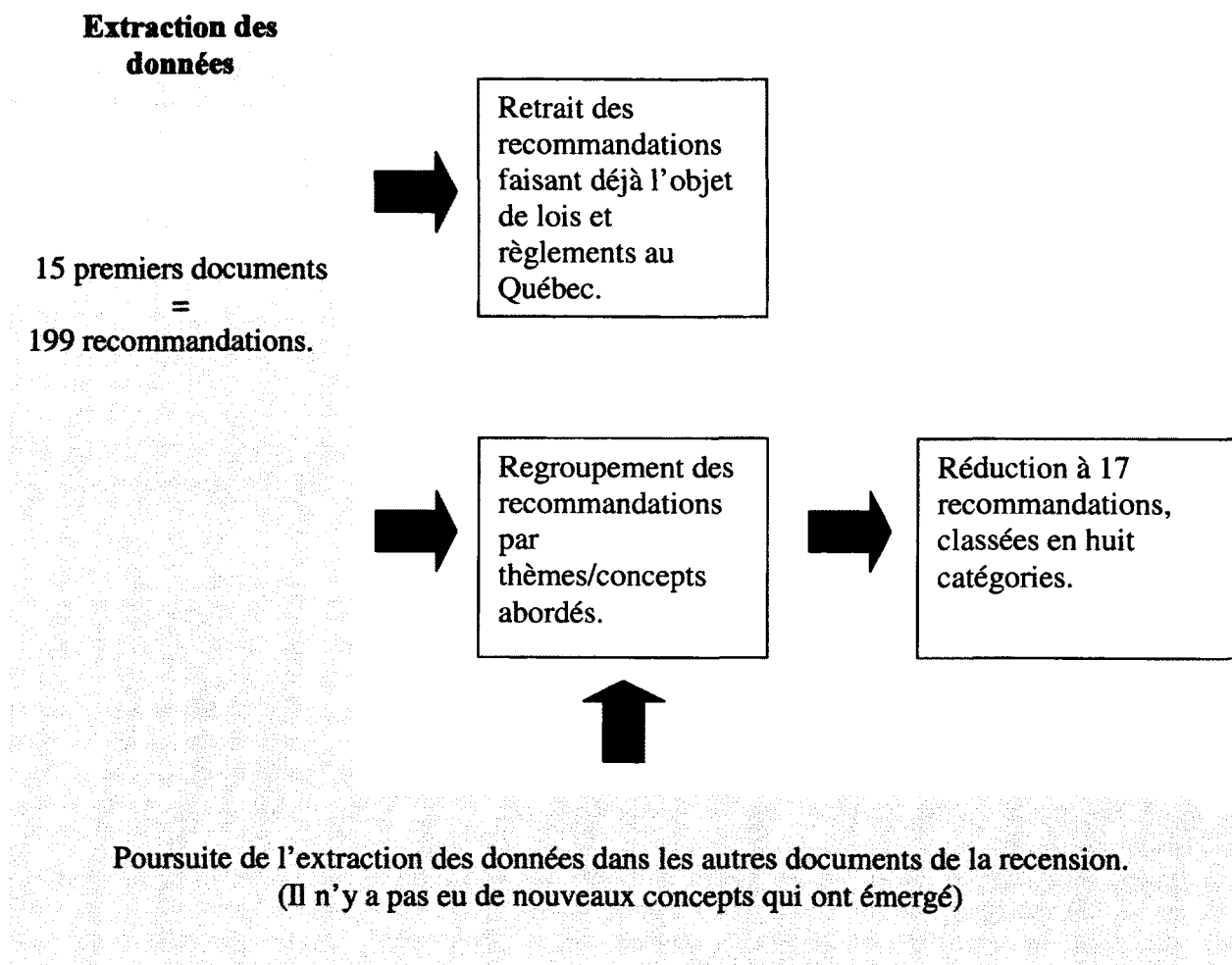


Figure 4 - Processus de traitement des données pour l'élaboration de la première version du GP

Tout au long du processus d'élaboration du GP, un processus de validation de l'analyse des données a été réalisé. En effet, le regroupement des recommandations par thèmes, ainsi que leur réduction à dix-sept recommandations a été revue par les deux directrices du présent mémoire. La synthèse des résumés a également été revue. De plus, leur rétroaction a permis de s'assurer que le GP présentait une structure claire et que la formulation des recommandations et des résumés étaient autant que possible sans ambiguïté pour ses éventuels utilisateurs.

3.3.2 Élaboration des différentes sections du GP

Les GP doivent être clairs pour leurs lecteurs cibles (The Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007). Aussi, différents éléments sont présentés en plus des recommandations (p. ex. : définition de la problématique, définition des termes, méthode d'élaboration des recommandations, etc.). Un effort particulier a donc été fait lors de la rédaction initiale du GP sur l'ÉCT pour qu'il soit très clair pour les ergothérapeutes.

Tout d'abord, la recension des écrits a permis de constater que les modèles conceptuels et cadres de références sont variés. De ce fait, la terminologie employée est également très variée. Dans un souci de clarté des recommandations et des textes du GP, un modèle conceptuel a été adopté. Le modèle du fonctionnement au travail (Sandqvist et Henricksson, 2004) a été retenu pour identifier et définir les concepts relatifs au fonctionnement au travail utilisés dans le GP. Le choix de ce modèle repose sur plusieurs éléments. D'abord, il apparaît être le seul modèle publié qui a été élaboré spécifiquement pour les ÉCT permettant ainsi de définir les concepts clés. Aussi, au lieu d'identifier vaguement la nécessité d'une ÉCT, ce modèle est l'un des rares qui permettent de préciser clairement l'objet de l'évaluation et conséquemment, de guider l'ergothérapeute vers les stratégies d'évaluation qui seront les plus efficaces pour répondre à l'objectif de l'ÉCT. De plus, ce modèle utilise la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (Organisation Mondiale de la Santé, 2001) et celle-ci fait l'objet d'un consensus sur le plan international. L'utilisation de cette classification offre l'avantage d'une terminologie qui soit comprise par un large auditoire. Dans l'avenir, ceci permettra probablement de faciliter la mise à jour du GP, car plusieurs écrits utiliseront sans doute cette classification.

Suite au choix du modèle conceptuel, la terminologie employée a été harmonisée dans l'ensemble du GP. Aussi, il est apparu nécessaire de présenter le modèle conceptuel en début du GP, de même que la définition des termes, afin de situer le lecteur.

En plus des recommandations, du modèle conceptuel et de la définition des termes, les éléments suivants complètent la version initiale du GP : explication du processus de réadaptation au travail, énumération des objectifs de l'ÉCT, présentation d'un sommaire de la littérature et de son niveau de preuve scientifique pour chacune des recommandations et enfin, présentation d'une histoire de cas illustrant les recommandations. De même, une explication sommaire du processus d'élaboration du GP a été incluse.

3.4 CONSULTATION AUPRÈS DE CLINICIENS EXPERTS

Des cliniciens experts ont été consultés en constituant quatre groupes de discussions et des entrevues individuelles. Il s'agissait d'effectuer une première évaluation du guide de pratique (version préliminaire) afin de s'assurer que l'ensemble du domaine était couvert, que les recommandations étaient claires et complètes et que le format du GP était facile d'utilisation. Cette section présente les critères de sélection des participants potentiels, le processus de recrutement ainsi que la méthode de collecte de données et d'analyse des résultats.

3.4.1 Participants potentiels et recrutement

Afin de réunir des participants ayant une connaissance approfondie de cette pratique clinique au Québec, les critères de sélection étaient les suivants: 1) être un ergothérapeute québécois; 2) avoir au moment de l'étude, au moins cinq ans d'expérience clinique en réadaptation au travail ou en évaluation des capacités de travail auprès d'une clientèle qui présente une déficience physique; 3) être considéré comme un expert dans le domaine par ses pairs. Le recrutement était fait dans quatre régions du Québec entourant les centres urbains suivants: Sherbrooke, Longueuil, Québec et Gatineau. Ces régions ont été choisies parce que d'une part, ce sont des endroits où le nombre d'ergothérapeutes œuvrant en réadaptation au travail est le plus concentré et d'autre part, ce sont dans ces régions que des services d'ÉCT sont implantés depuis longtemps. Ceci a permis un recrutement suffisant d'experts pour la tenue de groupes de discussion.

Le recrutement des participants s'est fait par un échantillonnage boule de neige (Fortin, 2006) étant donné qu'il n'existe pas de liste, ni de regroupement d'ergothérapeutes dans le domaine. Des ergothérapeutes reconnus pour leur expertise dans le domaine ont été contactés en premier lieu. D'autres participants ont été identifiés en communiquant avec les centres de réadaptation du Québec qui effectuent de la réadaptation au travail. Les personnes contactées ont donné les noms et les coordonnées des ergothérapeutes qu'ils considèrent comme des experts ou des personnes de référence dans le domaine. Ces participants potentiels ont été sollicités personnellement par téléphone, par la responsable du projet. Cette stratégie est appuyée sur le fait qu'un contact personnel facilite le recrutement dans ce type d'étude (Krueger et Casey, 2000). Une explication claire de l'importance de l'étude, de son but et des résultats attendus était fournie aux participants potentiels. L'importance de la participation personnelle de la personne contactée a également été soulignée. Suite à l'appel téléphonique, une lettre personnalisée de suivi fut envoyée pour fournir les informations sur la tenue des groupes.

3.4.2 Groupes de discussion

La technique des groupes de discussion, telle que décrite par Krueger et Casey (2000), a été choisie pour recueillir les commentaires des participants sur le contenu et le format du GP. Le but d'un groupe de discussion consiste à recueillir de l'information pour comprendre ce qu'un groupe spécifique de personnes pensent d'un sujet ou d'une problématique (Krueger & Casey, 2000). Ainsi, il ne s'agit pas d'atteindre un consensus mais bien d'avoir une perspective sur l'ensemble des idées. L'avantage d'un groupe de discussion focalisée tient au fait que les participants entendent les réponses des autres et font des commentaires additionnels à leur réponse initiale (Patton, 2002). Lorsque la consultation porte sur un document précis et que le groupe est constitué de spécialistes, un petit groupe de cinq à six participants par groupe est recommandé afin de permettre à chacun de s'exprimer sur toutes les sections du document (Gauthier, 2003). Les participants ont reçu la version préliminaire du guide de pratique deux à trois semaines avant la rencontre afin qu'ils puissent en prendre connaissance.

Préalablement à la tenue des groupes de discussion, un guide de discussion a été élaboré afin de faciliter le déroulement des rencontres (Gauthier, 2003). Ce guide permet également de s'assurer de l'homogénéité des questions posées aux différents groupes et facilite ainsi l'analyse des discussions (Krueger et Casey, 2000).

Le développement du guide de discussion a suivi les étapes proposées par Krueger et Casey (2000). Une première ébauche a été élaborée par l'auteure principale du GP (l'animatrice) en ayant en tête les éléments du GP sur lesquels une rétroaction est voulue. Différents types de questions ont été énoncées : question d'ouverture, d'introduction, de transition, questions-clés, et la question de la fin (Krueger et Casey, 2000). La première ébauche a été présentée aux deux directrices de ce mémoire. Suite à leur rétroaction, une version améliorée du guide a été mise au point. Par la suite, un test pilote du guide de discussion a été conduit en faisant une entrevue individuelle avec un ergothérapeute ayant une expérience de trois ans en réadaptation au travail. Le test pilote a permis de vérifier si les questions étaient claires et si elles s'enchaînaient bien. Suite à ce test, des modifications et des précisions ont été apportées au guide de discussion. Le guide de discussion se trouve à l'annexe F.

Au total quatre groupes de discussion ont eu lieu en février et mars 2009 et ce, dans quatre régions différentes. Aussi, deux entrevues individuelles ont été menées auprès des participants qui n'ont pu se présenter aux groupes en raison d'imprévus. Les groupes ont eu lieu en dehors des heures de travail des participants. Les membres des groupes se sont rencontrés dans des centres de réadaptation du réseau public de la santé, à l'Université de Sherbrooke et dans une agence de santé et des services sociaux. Lors des rencontres, le groupe était dirigé par un animateur. Un co-animateur prenait des notes relatives au contenu des discussions et s'assurait que l'ensemble des questions étaient posées. À la fin de la discussion, l'animateur et le co-animateur faisaient une synthèse des commentaires recueillis aux participants. La synthèse était alors présentée aux participants afin de bonifier ou rectifier le contenu. À la fin de la rencontre, une synthèse écrite de la rencontre était effectuée. Les échanges des participants des groupes ont fait l'objet d'un

enregistrement sonore et de notes prises sur le terrain pour être transcrits. Cette stratégie permet l'accès au matériel brut en tout temps lors des différentes étapes de l'analyse des données. Les participants ont rempli un court questionnaire sur leur profil professionnel. Ce questionnaire est présenté à l'annexe G.

A partir de la transcription des verbatim extraits des discussions de groupe et des entrevues individuelles, une analyse de contenu (Gauthier, 2003) a été effectuée pour chacune des questions par l'auteure principale du GP qui a mené l'ensemble des entrevues de groupe et individuelles. L'analyse de contenu des verbatim a été réalisée à l'aide d'une grille mixte (Gauthier, 2003), c'est-à-dire que certaines catégories étaient prédéterminées et que d'autres pouvaient émerger pendant l'analyse. Les catégories prédéterminées sont les questions utilisées durant les rencontres des groupes de discussion et les entrevues individuelles (présentation du GP et contenu des différentes sections). Veuillez vous référer à l'annexe F pour le détail des questions utilisées. Après l'examen attentif des extraits regroupés dans chaque catégorie, les éléments du GP à garder ou à modifier étaient déterminés selon le nombre de groupes ou d'entrevues individuelles où ils avaient émergés (au moins 50% des discussions de groupe/entrevues).

L'auteure principale du GP a plusieurs années d'expérience clinique en ergothérapie dans le domaine de l'évaluation des capacités de travail et de la réadaptation au travail et a donc une compréhension approfondie de cette réalité, ce qui était un atout pour mener cette analyse. La confirmabilité du processus d'analyse a été démontré dans un deuxième temps par une chercheure expérimentée en méthode d'analyse qualitative de même que dans le domaine de la réadaptation au travail (directrice principale du mémoire).

3.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Ce projet a été accepté par le comité d'éthique de la recherche du CHUS de l'Université de Sherbrooke en mars 2008. Le formulaire d'information et de consentement a été posté

aux participants en même temps que toute la documentation relative à la tenue des groupes de discussion. L'autorisation des participants a été obtenue relativement à l'enregistrement audio. La confidentialité a été assurée en dépersonnalisant les extraits des discussions. Le nom des participants a été enlevé lors de la transcription des verbatim. La lettre d'information, le formulaire de consentement et l'accord du comité d'éthique sont à l'annexe H.

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

Ce chapitre rapporte les résultats obtenus au cours de l'élaboration d'un GP portant sur l'ÉCT. Les résultats sont présentés en trois volets : le premier porte sur les résultats de chacune des étapes de la recension systématique des écrits, le second sur le contenu de la version initiale du GP tandis que le dernier présente les commentaires des participants aux groupes de discussion et aux entrevues et la rédaction d'une nouvelle version du GP intégrant les commentaires des participants.

4.1 ÉTAPES DE LA RECENSION SYSTÉMATIQUE DES ÉCRITS

4.1.1 Recherche documentaire

La figure 5 présente le nombre de documents obtenus à différentes étapes de la recension des sources des données probantes. Quatre documents qui n'ont pas été recensés mais qui étaient connus de l'auteur pour être utiles à la rédaction du GP ont été ajoutés pour un total de 108 documents. Toutefois, parmi les 108 documents identifiés, onze n'ont pu être obtenus malgré l'aide d'une personne spécialisée à la bibliothèque de l'Université de Sherbrooke. Les documents obtenus (n=97) furent lus en entier et 46 documents ont été retenus pour la rédaction du GP. Par la suite, quatre autres documents supplémentaires, également connus de l'auteur, furent ajoutés pour soutenir davantage la synthèse des données probantes appuyant certaines recommandations tel que mentionné précédemment au chapitre « Méthode » pour un total de 50 documents.

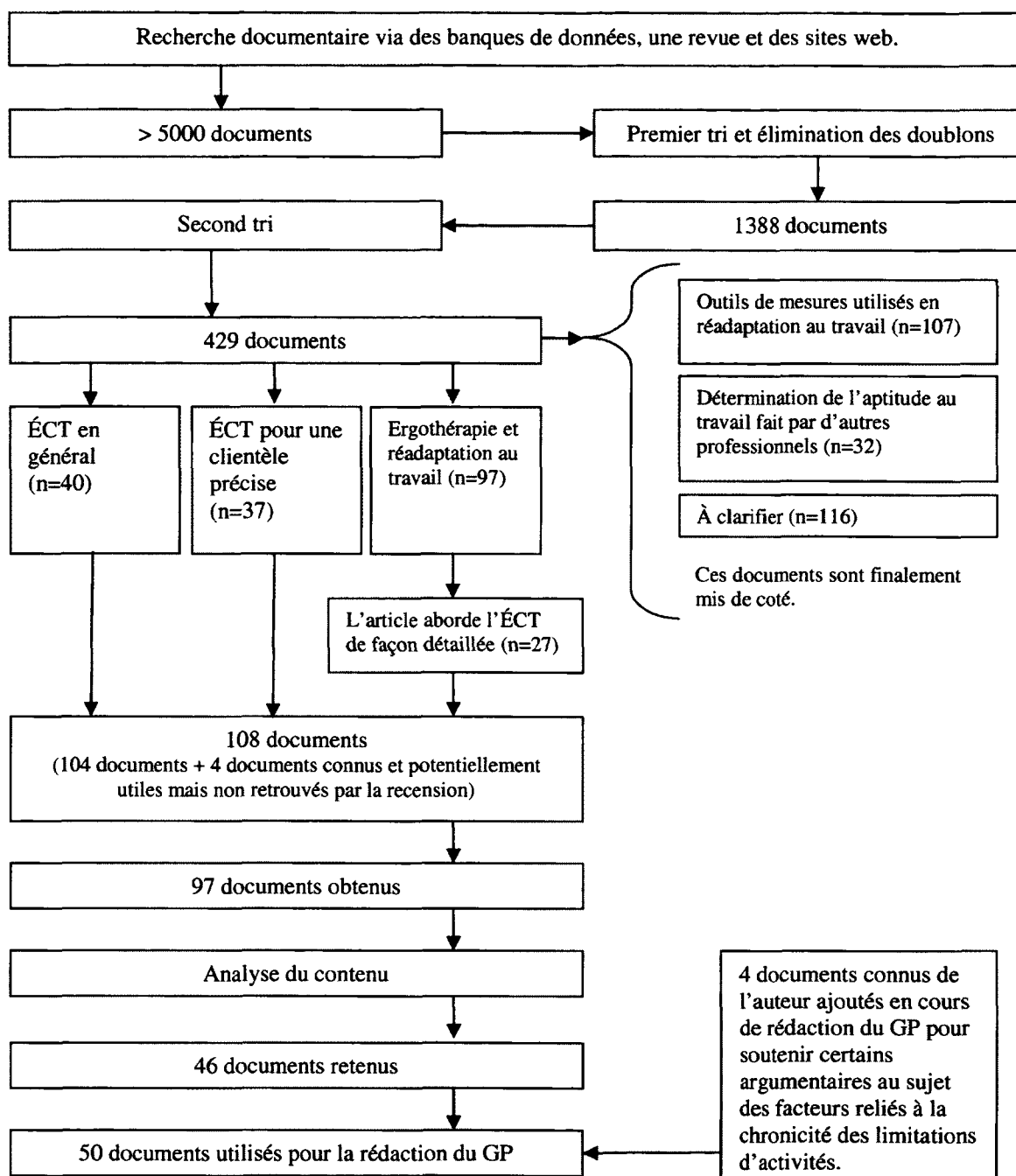


Figure 5 – Résultats de la sélection des documents

Des 50 documents utilisés, un peu plus de la moitié (n=29) furent publiés depuis 2000. La plupart sont d'auteurs canadiens (n=17), américains (n=14) et australiens (n=14). Les autres proviennent d'auteurs européens (n=5). Les sujets traités sont variés mais les thèmes les plus fréquents sont: des critiques des approches et des outils utilisés (n=8); des

descriptions de pratiques cliniques (n=6); des modèles conceptuels ou cadres de référence (n=5); des lignes directrices pour les cliniciens (n=5) et des critères de qualité des ÉCT (n=4).

La classification des documents retenus en fonction des niveaux de preuve montre que des 50 documents retenus, 23 présentent un niveau de preuve scientifique de niveau VII selon l'échelle de classification de Burns et Grove (2009). Ce sont 18 recensions des écrits et cinq articles proposant un modèle conceptuel ou un cadre de référence. Treize documents présentent un niveau de preuve de niveau X. Il s'agit de quatre études descriptives transversales, sept études qualitatives et une étude mixte qui combine une méthodologie qualitative à un devis descriptif transversal (n=2 articles pour la même étude). Enfin, au niveau de preuve XI, 13 documents exposent des opinions d'experts ou décrivent des interventions ou des programmes cliniques. Un article concernant le développement d'un outil pour l'entrevue initiale a été également retenu. Cependant, il n'est pas classé parmi les niveaux de preuve selon l'échelle de Burns et Groves (2009), puisque celle-ci ne considérerait pas ce type de recherche.

Le tableau suivant liste les documents retenus pour la rédaction du GP ainsi que les niveaux de preuve scientifique associés à ces écrits.

Tableau 3 – Description des documents retenus pour la rédaction du GP en fonction des niveaux de preuve.

Niveaux de preuve	Type d'études	Documents
I, II, III, IV, V, VI	<ul style="list-style-type: none"> Recensions systématiques et méta-analyses d'études expérimentales; Recensions intégratives d'études expérimentales et quasi-expérimentales; Études expérimentale et quasi-expérimentale; Méta-analyses d'études corrélationnelles 	Aucun
VII	<ul style="list-style-type: none"> Recensions intégratives des écrits*; 	Abdel-Moty <i>et al.</i> (1996) Baker et Jacob (2003) Dion-Hubert et Therriault (1992) Gross (2004)

		Innes et Staker (1999a)
		Innes et Staker (1999b)
		Innes et Straker (1998a)
		Innes et Straker (1998b)
		Innes et Straker (1998c)
		King <i>et al.</i> (1998)
		Lysaght (1997)
		Pransky et Dempsey (2004)
		Serra <i>et al.</i> (2007)
		Strong (2002)
		Sullivan <i>et al.</i> (2006)
		Vlaeyen et Linton (2000)
		Veloze (1993)
		Wind <i>et al.</i> (2005)
	• Articles proposant un cadre de référence ou un modèle conceptuel*	Dutil et Vanier (1998)
		Gibson et Strong (2003)
		Kielhofner (2008)
		Law <i>et al.</i> (1996)
		Sandqvist et Henricksson (2004)
VIII	• Métasynthèses et métasommairess d'études qualitatives	Aucun
IX	• Études corrélationnelles	Aucun
X	• Études descriptives longitudinales	Aucun
	• Études descriptives transversales	Cotton <i>et al.</i> (2006)
		Innes et Straker (2003)
		Innes et Straker (2002b)
		Lysaght et Wright (2005)
	• Études qualitatives	Allen <i>et al.</i> (2006)
		Bootes et Chapparo (2002)
		Costa-Black <i>et al.</i> (2007)
		Durand <i>et al.</i> (2008)
		Innes et Straker (2003a)
		Innes et Straker (2002a)
		Mercier (1998)
	• Études mixtes (descriptive et qualitative)	Strong <i>et al.</i> (2004a)
		Strong <i>et al.</i> (2004b)
XI	• Opinions d'experts • Articles cliniques décrivant des interventions et des programmes cliniques*	Angelo (1993)
		ACE (2002)
		Brollier <i>et al.</i> (1994)
		Canelon (1995)
		Chappell <i>et al.</i> (2003)
		Durand <i>et al.</i> (1998)
		Fisher et Short-DeGraft (1993)
		Hart <i>et al.</i> (1993)
		Joss (2007)
		Lacerte et Wright (1992)
		Lambert <i>et al.</i> (2006)
		Travis (2002)
		Trombly (1995)
Non spécifié	• Développement d'outils	Durand <i>et al.</i> (2002)

* Malgré que ce ne soit pas prévu dans la grille originale de Burns et Grove (2009), les recensions des écrits qui comprennent à la fois des études corrélationnelles, descriptives, qualitatives et des opinions d'experts ont été classées au niveau VII. De la même façon, les écrits présentant un cadre de référence ou un modèle conceptuel ont été classés au niveau VII. Les articles décrivant des interventions et des programmes cliniques ont été classés au niveau XI.

4.1.2 Extraction des données et synthèse

Après l'extraction des données des 97 documents à l'aide de la grille de lecture, les données de quinze publications furent utilisées pour débiter l'élaboration du GP car elles présentaient plusieurs recommandations (au total 199). Le tableau suivant présente ces quinze publications.

Tableau 4 - Liste des quinze premières publications utilisés pour débiter l'élaboration du GP

- Abdel-Moty *et al.* (1996);
- Allen *et al.* (2006);
- Dutil et Vanier (1998);
- Gibson et Strong (2003);
- Hart *et al.* (1993);
- Innes et Straker (1998a);
- Innes et Straker (2002a);
- Innes et Straker (2002b);
- Joss (2007);
- King *et al.* (1998);
- Pransky et Dempsey (2004);
- Sandqvist et Henricksson (2004);
- Strong (2002);
- Strong *et al.* (2004a);
- Strong *et al.* (2004b).

Les résumés des données probantes et les recommandations ont été regroupés dans une première série de catégories provisoires. Comme précisé précédemment, les recommandations qui faisaient l'objet de lois et règlements au Québec ont été éliminées car ils concernent des normes professionnelles déjà bien connues des ergothérapeutes pratiquants au Québec. Par la suite, les recommandations dont les bases conceptuelles étaient semblables ont été fusionnées. Progressivement, les données extraites des autres publications ont été incluses et elles ont amené à de nouvelles catégories. Le processus s'est ainsi poursuivi jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouvelles recommandations à ajouter. Cinquante et une publications furent rejetées à cette étape. Les recommandations qu'elles proposaient n'apportaient rien d'innovant ou encore elles étaient contradictoires et issues d'études dont le niveau de preuve scientifique était plus faible que celles déjà contenues

dans l'ébauche. La synthèse des données a été révisée par les deux directrices de ce mémoire.

4.1.3 Qualité des écrits/études

Les publications sélectionnées pour l'élaboration du GP ont été évaluées pour en déterminer la qualité. Les résultats de cette évaluation sont présentés selon les niveaux de preuve des écrits.

Niveau de preuve VII : Les recensions des écrits, les modèles conceptuels ainsi que les cadres de référence sont classés au niveau de preuve VII. Tel que mentionné au chapitre précédent, des grilles ont été élaborées pour faciliter l'évaluation des publications présentant une recension intégratives des écrits, un modèle conceptuel ou un cadre de référence. Ces grilles présentent une série de critères pour lesquels un point est attribué lorsque le critère est présent dans le document. Ainsi, plus il y a de critères présents ou plus le score est élevé, plus le document est considéré de qualité. Ces grilles sont présentées à l'annexe E.

Les résultats de l'évaluation de la qualité des recensions intégratives des écrits sont présentés au tableau 5. Sur les 18 articles de recension intégrative des écrits, trois sont jugés d'une excellente qualité (75% des 25 critères de la grille sont satisfaits). Cependant, la majorité des documents présentent seulement la moitié des critères de qualité. Cette faible qualité s'explique en grande partie par l'absence de description des aspects méthodologiques de ces recensions. Il en est de même pour la précision de la force des données probantes. Un des écrits (Adbel Moty *et al.*, 1996) présente à peine le quart des critères de la grille (6/25). Comme certains thèmes traités par cet article n'étaient pas couverts par les autres publications, l'article a quand même été retenu malgré sa faible qualité.

Tableau 5 - Qualité des recensions intégratives des écrits

Articles	Résultats obtenus
Abdel-Moty <i>et al.</i> (1996)	6/25
Gross (2004)	9/25
Strong (2002)	9/25
Baker et Jacob (2003)	10/25
Dion-Hubert et Therriault (1992)	10/25
Innes et Straker (1998c)	10/25
King <i>et al.</i> (1998)	10/25
Lysaght (1997)	10/25
Innes et Straker (1998a)	11/25
Vlaeyen et Linton (2000)	11/25
Veloze (1993)	11/25
Innes et Straker (1998b)	12/25
Sullivan <i>et al.</i> (2006)	12/25
Pransky et Dempsey (2004)	13/25
Serra <i>et al.</i> (2007)	17/25
Innes et Straker (1999a)	19/25
Innes et Straker (1999b)	19/25
Wind <i>et al.</i> (2005)	23/25

En ce qui a trait aux modèles conceptuels et aux cadres de référence, les résultats obtenus pour les cinq documents sont jugés excellents (tableau 6). Plus de 75% des 19 critères de la grille sont satisfaits. Deux critères de la grille s'appliquent seulement aux modèles conceptuels ou cadres de référence qui présentent plus d'un construit, c'est-à-dire celui de Dutil et Vanier (1998) et celui de Kielhofner (2008). Or, trois des cinq documents retenus présentaient un modèle ou un cadre conceptuel n'ayant qu'un seul construit. Afin de bien représenter la qualité des documents, le score a été adapté en le ramenant sur 17 au lieu de 19.

Tableau 6 – Qualité des articles proposant un modèle conceptuel ou un cadre de référence

Articles	Résultats obtenus
Gibson et Strong (2003)	14/17
Dutil et Vanier (1998)	16/19
Kielhofner (2008)	16/19
Law <i>et al.</i> (1996)	16/17
Sandqvist et Henriksson (2004)	17/17

Niveau de preuve X : Les études descriptives et qualitatives au nombre de onze se classent au niveau de preuve X. Une étude mixte y est également classée. Tel que présenté au tableau 7, trois des quatre études descriptives retenues sont jugées d'excellente qualité car elles satisfont à plus de 75% des 22 critères de la grille. L'étude de Cotton *et al.* (2006) présente un score moindre. Ce score s'explique par l'absence de description de certains éléments de la méthode.

Tableau 7 – Qualité des études descriptives transversales

Articles	Résultats obtenus
Cotton <i>et al.</i> (2006)	15/22
Lysaght et Wright (2005)	18/22
Innes et Staker (2003)	21/22
Innes et Straker (2002b)	22/22

Les études qualitatives retenues présentent toutes une qualité excellente selon les critères de Cesario *et al.* (2002) tel présenté ci-dessous au Tableau 88.

Tableau 8 – Qualité des études qualitatives

Articles	Résultats obtenus
Allen <i>et al.</i> (2006)	Excellent
Bootes et Chapparo (2002)	Excellent
Costa-Black <i>et al.</i> (2007)	Excellent
Durand <i>et al.</i> (2008)	Excellent
Innes et Straker (2003a)	Excellent
Innes et Straker (2002a)	Excellent
Mercier (1998)	Excellent

Une seule étude mixte a été retenue et a été évaluée avec la grille de Pluye *et al.* (2009). Elle a fait l'objet de deux publications : Strong *et al.* (2004a) et Strong *et al.* (2004b). L'évaluation de la qualité de l'étude tient compte des éléments rapportés dans les deux publications et est de 8/12. Ce score s'explique par l'absence de descriptions de certains éléments méthodologiques.

Niveau de preuve XI : Comme mentionné dans le chapitre précédent, la qualité des écrits avec un niveau de preuve XI n'a pas été évaluée avec des grilles de critères spécifiques. Leur sélection s'est faite sur la pertinence de leur contenu vis-à-vis le GP et sur une appréciation globale de leur qualité avec des critères très généraux : document bien écrit, argumentation structurée et appuyée par des données probantes. Se référer au tableau 3 pour la liste des auteurs.

Autre : L'article de Durand *et al.* (2002) n'a pas été évalué à l'aide d'une grille spécifique. Cet article concerne l'élaboration d'un outil d'entrevue initiale lors de la prise en charge d'un client dans un programme de réadaptation au travail. Le contenu de l'article utilisé n'était pas en lien avec le processus d'élaboration de l'outil mais plutôt à celui sur les données probantes issues d'une recension des écrits et des opinions d'experts. Cet article a été sélectionné en raison de la pertinence des informations qu'il contenait pour la rédaction du GP. Pour des raisons pratiques, il a été évalué avec les mêmes critères généraux que les écrits de niveau de preuve XI.

4.2 VERSION PRÉLIMINAIRE DU GUIDE DE PRATIQUE

Dans sa version préliminaire, le guide de pratique se divise en quatre sections. La première section contient un sommaire des 17 recommandations pour la pratique clinique, une brève description du développement du GP ainsi qu'un tableau représentant les niveaux de preuve scientifique à partir desquels les données probantes ont été classées. La seconde section appelée « Généralités », présente des informations nécessaires à la compréhension des recommandations, à savoir : le modèle conceptuel utilisé, les définitions des concepts, la place de l'ÉCT dans le processus de réadaptation au travail et les différents types d'ÉCT. La troisième section, la plus importante du document, présente les 17 recommandations accompagnées d'un résumé des données probantes actuelles. Le niveau de preuve scientifique est également énoncé après chaque

résumé. La quatrième et dernière section présente une vignette clinique illustrant concrètement l'application des recommandations.

4.3 CONSULTATION AUPRÈS DE CLINICIENS EXPERTS

Les participants se sont exprimés dans les groupes de discussion et les entrevues sur l'organisation générale du GP de même que sur le contenu des différentes sections. Dans ce qui suit, les caractéristiques des participants seront d'abord présentées. Par la suite, les réponses des participants seront abordées selon les thèmes suivants : impression générale, format du GP, section « Recommandations pour la pratique clinique », section « Niveaux de preuve et sommaire des recommandations », section « Généralités » et section « Vignette clinique ». Des préoccupations ayant trait à l'applicabilité du GP et des besoins d'outils d'évaluation ont également été exprimés par les participants de façon récurrente au fil des entrevues. Ces thèmes émergents sont également traités ici.

4.3.1 Caractéristiques des participants aux groupes de discussion et aux entrevues

Comme mentionné précédemment, les participants sont des ergothérapeutes experts en réadaptation au travail ou en évaluation des capacités de travail d'une clientèle présentant une déficience physique et proviennent des régions de Sherbrooke, Montréal, Québec et Gatineau. Le recrutement fait selon la technique d'échantillonnage par réseaux (boule de neige) a permis d'identifier 34 ergothérapeutes experts. De ce nombre, 24 personnes ont accepté de participer à un des quatre groupes de discussion tenus en février et mars 2009. Deux participants n'ont pu se rendre aux groupes de discussion en raison d'imprévus (état des routes, raison familiale). Ils ont accepté d'être interviewés individuellement en mars et en avril 2009. Les mêmes questions que celles élaborées pour les groupes de discussion ont été utilisées pour les entrevues individuelles. Les dix ergothérapeutes qui n'ont pas participé l'ont fait pour les motifs suivants : ne satisfaisait pas le critère de sélection lié à

l'expérience d'au moins cinq ans en réadaptation au travail (n=1) ou n'était pas disponible (n=6). Les trois autres personnes n'ont pas retourné nos appels (n=3). Tel que présenté au tableau 9, les participants sont des ergothérapeutes qui présentent en moyenne 15 ans d'expérience et la moitié d'entre eux travaillent dans le secteur privé. La plupart effectue des ÉCT avec une équipe inter- ou multidisciplinaire. Suite à leur formation initiale d'ergothérapeute, tous ont indiqué avoir suivi au moins une formation supplémentaire spécifique à la réadaptation au travail ou à l'évaluation des capacités de travail.

Tableau 9 - Profils des participants (n=24)

Années d'expérience en tant qu'ergothérapeute	Moyenne : 15 ans Médiane : 15 ans Étendue : 27 ans (6 ans - 33 ans)	
Années d'expérience en réadaptation au travail	Moyenne : 11 ans Médiane : 10 ans Étendue : 28 ans (3 ans* - 31 ans)	
Nombre d'ÉCT faites par année en moyenne	Moyenne : 19/année Médiane : 13/année Étendue : 100 (0** - 100)	
Nombre de participants ayant suivi d'autres formations traitant de l'ÉCT ou de la réadaptation au travail suite à leur formation initiale en ergothérapie	o Études supérieures :	6
	o Formations continues offertes dans le réseau public :	19
	o Formations ou certifications offertes par des fournisseurs d'ÉCF :	12
	o Formation/supervision en milieu de travail :	14
	o Autodidacte :	14
	o Autres :	0
Type de pratique	o Pratique privée seulement:	11
	o Centre de réadaptation en déficience physique seulement (réseau public):	9
	o Centre hospitalier seulement (réseau public) :	1
	o À la fois pratique privée et réseau public :	3
ÉCT faites seul ou en équipe inter/multidisciplinaire	o Seul exclusivement: 3 o En équipe exclusivement: 15 (incluant les ergothérapeutes occupant les fonctions de coordonnateurs cliniques) o Seul et en équipe : 6	

* Malgré des critères de sélections clairement identifiés lors du recrutement, un des participants avait moins de 5 ans d'expérience en réadaptation au travail. Ce fait a été constaté après la tenue des groupes lors de la compilation des réponses des participants au questionnaire « Profil professionnel des participants ».

** Trois ergothérapeutes travaillaient à temps plein comme coordonnateur clinique au moment de l'étude.

4.3.2 Appréciation générale et format du GP

Ce thème regroupe des commentaires en lien avec l'appréciation générale du GP par les participants. Plusieurs commentaires positifs ont été émis. Les participants ont trouvé le guide facile à lire, ils l'ont qualifié de « complet » et de « bien ancré » dans la réalité clinique.

« Ça se lit bien. Ça se lit rapidement. C'est fluide comme texte. »; «...j'ai trouvé que c'était très complet. »; « J'ai trouvé que c'était très appliqué par rapport au clinique. » (G3); « Ça décrit bien notre processus qu'on fait. » (G2)

Ils ont également souligné que le guide répond à un besoin de clarification des concepts et d'organisation des connaissances dans ce domaine.

« Juste dans la définition des évaluations des capacités de travail, c'est un peu à toutes les sauces depuis des années. Là c'est plus facile, c'est plus regroupé. » (G1)

« Je trouvais ça intéressant. Il y avait comme des définitions de certains termes pour clarifier les choses. » (E1)

Le thème concernant le format du GP regroupe les commentaires qui ont trait à la structure du guide et à la façon dont les informations sont présentées. Il est traité aussi de la facilité à repérer une information. Les participants ont apprécié la structure générale du GP avec ses différentes sections. Ils ont aussi aimé la façon dont l'information est présentée. Ils ont apprécié la présence des tableaux et des figures, le fait que les recommandations soient encadrées et qu'il y ait des références tout au long du texte. Ils ont trouvé que le texte était bien organisé. Le choix des titres et des sous-titres permettait un repérage facile des contenus.

« J'ai trouvé que le format, une fois que tu avais commencé à le lire, j'ai trouvé que ça se répétait la façon de traiter l'information alors tu savais comment ça s'enlignait pis tu savais plus facilement où aller chercher l'information. Ça fait que oui, (selon) moi le

format était clair. C'était très bien. Les tableaux sont très aidants pis très intéressants d'avoir pas loin de toi. » (E2)

Dans la section « Recommandations pour la pratique clinique », il a été suggéré de regrouper visuellement plus clairement ou encore de numéroté les différentes recommandations avec les caractéristiques d'excellence auxquelles elles sont associées afin d'en faciliter la lecture. Un indice visuel a donc été ajouté dans la marge, plus précisément une bande verticale avec le nom de la caractéristique à laquelle la recommandation est associée. Les recommandations ont été numérotées également.

De plus, bon nombre de participants ont éprouvé de la difficulté à se souvenir des définitions des concepts du modèle du fonctionnement au travail pendant la lecture des recommandations. Ils expliquent ceci par la nouveauté pour eux de ce modèle. Ils ont suggéré des outils pour en faciliter le rappel : glossaire, rappel sous la forme d'un encadré.

« J'aurais aimé un glossaire avec tous ces termes là parce que je ne savais pas encore ce qu'ils voulaient dire. » (G1)

Un glossaire a été ajouté en fin de document. Comme il y a déjà un rappel dans le texte de la page où est présenté le modèle, un encadré supplémentaire aurait alourdi inutilement le texte.

La difficulté reliée à la compréhension des concepts du modèle du fonctionnement au travail est rapportée également lors de la lecture de la section « Sommaire des recommandations » située en début du GP. Les participants expliquaient qu'en début de lecture, le modèle conceptuel n'est pas connu et par conséquent, la compréhension des recommandations en est affectée. Les opinions divergeaient sur l'emplacement dans le document du sommaire des recommandations. Certains participants appréciaient avoir une première vision globale des recommandations avant de lire le document en détail et suggéraient d'insérer une note indiquant que les concepts sont définis dans une section à venir. D'autres proposaient de déplacer cette section à la fin du GP.

« Je me suis questionnée, c'est-tu mieux de l'avoir au début ou à la fin? Parce que justement une fois que je l'ai lu, ça vient bien résumer tout ce que j'avais lu. Ça faisait une belle synthèse. Ça pourrait être pertinent de le déplacer. » (E1)

Il a également été proposé de replacer la section « Niveaux de preuve » à la fin du GP. Quelques participants considèrent cette section comme un point d'intérêt secondaire comparativement au reste du contenu du GP.

« C'est parce que là tu te dis je suis au tout début et je commence avec des affaires de recension systématique des écrits, méta-analyse, expérimentale, corrélationnelle, pis là moi je suis ergothérapeute pis je veux un guide pour faire un ÉCT demain matin. J'ai trouvé ça utile mais je ne partirais pas le guide avec ça. Ça peut être décourageant. Mais ça aide à la compréhension du texte. C'est intéressant de voir le niveau de preuve qu'on rapporte à chacun des énoncés. Je mettrais ça après les énoncés ou vers la fin mais en y référant quand on en parle. » (E2)

La section traitant des niveaux de preuve scientifique et du sommaire des recommandations ont été relocalisés après la vignette clinique et juste avant le glossaire. Ce changement facilite une consultation plus rapide de ces éléments lors de la lecture de la vignette.

4.3.3 Section « Recommandations pour la pratique clinique »

La section « Recommandations pour la pratique clinique » constitue le cœur du document et regroupe 17 recommandations. Le tableau 10 présente les 17 recommandations qui ont été soumises aux participants. Dans le GP, chacune des recommandations est accompagnée par une synthèse des données probantes qui la justifie.

Tableau 10 - Recommandations pour la pratique clinique (version préliminaire) -

1. L'ergothérapeute doit s'assurer de connaître les limitations fonctionnelles émises et modifier ou éliminer les tests qui ne les respectent pas ou, au besoin, remettre l'ÉCT à plus tard si la condition de la personne ne s'y prête pas. Il doit également être vigilant en ce qui a trait à la sécurité de la personne tout au long de l'ÉCT et être prêt à modifier ou cesser les procédures au besoin.
2. L'ÉCT doit porter sur les différentes dimensions du fonctionnement au travail, à savoir : la participation au travail, la performance au travail, les capacités de la personne.
3. L'ÉCT doit porter sur les facteurs d'ordre personnels, environnementaux et temporels qui influencent le fonctionnement au travail de la personne.
4. L'ÉCT doit tenir compte de la nature dynamique et changeante de l'interaction entre la personne et de son environnement. Le résultat de l'ÉCT est une description momentanée du fonctionnement au travail et doit être considéré comme tel.
5. Lors d'une ÉCT, l'ergothérapeute devrait utiliser l'approche d'évaluation dite "*top-down*", c'est-à-dire évaluer en premier lieu la participation et la performance au travail et par la suite, évaluer plus en détail les capacités de la personne et les facteurs identifiés comme problématiques pour le fonctionnement.
6. Lors de l'évaluation, l'ergothérapeute doit avoir une vision de l'occupation plus large que seulement le travail. Il doit tenir compte également de l'impact des incapacités sur les autres rôles de la personne.
7. Lorsque la personne présente une déficience grave (tel que blessure médullaire, traumatisme cranio-cérébral), l'ÉCT doit se faire par une équipe composée de professionnels provenant de disciplines complémentaires.
8. L'équipe qui procède à l'ÉCT doit se doter de mécanismes qui facilitent la communication entre ses membres ainsi que la participation de ceux-ci dans la formulation des objectifs, dans les prises de décisions, de même que, dans l'intégration des diverses données issues de l'ÉCT.
9. L'ÉCT doit être amorcée précocement dans un processus de réadaptation.
10. L'ÉCT doit être continue tout au long du processus de réadaptation au travail.
11. L'ergothérapeute doit s'assurer de bien connaître les besoins motivant l'ÉCT avant de procéder.
12. L'ergothérapeute doit identifier la ou les dimensions du fonctionnement au travail qu'il évalue afin de sélectionner des outils d'évaluation cohérents avec la ou les dimensions visées.
13. Le choix d'un type d'ÉCT doit être basé sur l'objectif de l'ÉCT.
14. L'ergothérapeute doit adapter l'ÉCT aux circonstances liées au milieu de travail et à la situation de la personne.
15. L'ergothérapeute doit veiller à l'efficacité lors du choix de l'ÉCT et de ses modalités.
16. Pour réaliser une ÉCT, l'ergothérapeute doit utiliser plusieurs sources de données et méthodes de cueillette de données.
17. Pour assurer la rigueur de l'ÉCT, l'ergothérapeute doit utiliser des stratégies adaptées au type d'ÉCT utilisés.

Les commentaires des participants sont présentés ici selon les différents thèmes abordés durant les entrevues : la clarté, le contenu et l'exhaustivité des recommandations ainsi que la qualité des synthèses de données probantes.

Clarté des recommandations : La plupart des énoncés des recommandations (12/17) ont été considérés clairs selon les participants. Cependant, les participants ont mentionné que les libellés des recommandations 5, 11, 12, 15 et 17 nécessitaient une clarification.

Recommandation 5

À la recommandation 5, l'expression "approche top-down" était peu connue des participants. Ils ont suggéré d'utiliser plutôt l'expression « *approche en entonnoir* » ou « *approche allant du général au spécifique* ».

« *Pour moi c'est l'approche du général au spécifique. Une fois que j'ai compris que c'était ça qu'on voulait dire j'étais correcte.* » (G3).

L'expression "approche top-down" a été remplacée par "approche du général au spécifique" dans le GP.

Recommandation 11

Selon les participants, le terme "besoin" était trop flou. Il a été suggéré par des participants d'utiliser l'expression « *objectifs de l'ÉCT* » et de faire une référence au tableau 2 du GP qui énonce les différents objectifs de l'ÉCT selon les étapes du processus de réadaptation.

« *Je me suis demandé c'est quoi les besoins? Le mandat? Mais ça pourrait être d'autre chose? Les besoins du client, de l'entreprise, de l'assureur? Celui qui fait la demande d'évaluation?* » (G1).

Le libellé a été changé en utilisant l'expression "objectifs de l'ÉCT" afin d'augmenter la clarté de la recommandation. La référence au tableau 2 du GP⁷ a également été ajoutée à l'argumentaire qui accompagne cette recommandation.

Recommandation 12

La compréhension du sens de la recommandation 12 variait entre les participants. Par exemple, un participant a rapporté :

« *Ce que ça me dit c'est qu'il faut savoir ce qu'on veut évaluer, pourquoi on veut l'évaluer et avec quoi l'évaluer.* » (E1).

Alors qu'un autre rapporte plutôt :

« *C'est pas clair. (...) Je vais utiliser les mêmes outils d'évaluation même si c'est des travaux différents... Je sais pas... je comprend pas bien.* » (G2).

⁷ Le tableau 2 est devenu le tableau 1 dans la nouvelle version du GP suite au remaniement des sections.

Dans la version initiale du guide, le modèle du fonctionnement au travail de Sandqvist et Henricksson (2004) est décrit à la section précédente de l'énoncé des recommandations. Ainsi, dans la logique de la construction du guide le lecteur prend connaissance du modèle et par la suite, la recommandation 12 qui y est présenté. Or, l'analyse des verbatim révèle que plusieurs participants rapportaient qu'ils avaient de la difficulté à saisir les concepts de ce modèle. Ces participants exprimaient le souhait que le modèle soit davantage explicité et que des exemples viennent appuyer les explications. Aussi, il apparaissait que pour certains participants les liens entre ce modèle et la pratique courante de l'ÉCT étaient à préciser. Par conséquent, le modèle est plus amplement décrit dans la section précédente et la recommandation a été reformulée afin de rendre plus clair le lien avec la synthèse des données probantes, dont entre autre le contenu du tableau 2

« Dimensions du fonctionnement au travail et ÉCT recommandées ».

Recommandation 15

Dans le GP, la recommandation 15 se retrouve sous le thème "L'ÉCT doit être pratique". Le terme "efficience" est utilisé dans la recommandation. Les termes "pratique" et "efficient" apparaissaient peu clairs pour les participants et ils ne les considéraient pas comme des termes équivalents.

« Moi je me suis demandé le lien entre pratique et efficience. Si on est efficient on n'est pas nécessairement pratique. Pratique dans quel contexte? » (G1);

«- Moi je mélange un peu le pratique et le utile. Dans l'utilisation du mot, je trouve que dans mon vocabulaire à moi ils sont trop proches pis ça porte à confusion. Pour moi le mot pratique quand je le lis ça ne fait pas référence à l'ordre économique de la chose.

- Efficient ça veut pas nécessairement court et rapide non plus. Des fois ça va être plus efficient en grattant plus large qu'on va y arriver. Parce qu'on aura pas passé à coté de quelque chose. » (G2).

Afin de clarifier le propos, une précision de la signification des termes pratique et efficient a été ajoutée dans le texte qui accompagne cette recommandation.

Recommandation 17

Les participants ont mentionné que la recommandation 17 était incomplète.

« Si on prend juste l'énoncé ça fait drôle. Pis quand on dit adapté, on pense à modification. Quand on lit après on voit que c'est pas ça. » (G3).

L'énoncé a donc été reformulé afin que la recommandation soit plus claire et explicite.

Contenu des recommandations : De façon générale, les participants ont trouvé les recommandations utiles et importantes. Cependant le contenu des recommandations 5, 7, 8, 13 et 14 ont fait l'objet de commentaires spécifiques.

Recommandation 7

La recommandation 7 comporte un élément avec lequel les participants ont exprimé un désaccord. En effet, ils mentionnaient que la nécessité d'une évaluation par une équipe interdisciplinaire n'est pas nécessairement en lien avec la gravité de la déficience comme il est mentionné, mais elle est surtout en lien avec la complexité du dossier. Selon les participants, un client présentant une déficience grave (ex. : blessé médullaire) peut évoluer favorablement vers le retour au travail sans l'intervention de toute une équipe. Un dossier à priori complexe, si on considère uniquement la gravité de la déficience, peut se révéler finalement assez simple. Dans ce cadre, l'ÉCT peut être faite exclusivement par l'ergothérapeute. À l'opposé, un client présentant une déficience légère (ex. : entorse cervicale) peut présenter des facteurs psychosociaux qui entravent sérieusement son évolution et son retour au travail et ainsi nécessiter une évaluation interdisciplinaire.

« Je n'aime pas le mot déficience grave. (...) C'est plus les perceptions et l'impact de la blessure plutôt que l'état de gravité de la déficience. » (G1);

« ...à la lecture du dossier tu vois que tu as une blessure simple mais déjà si tu as un dossier de trois pouces, tu te questionnes. Comment ça se fait que quelqu'un avec une blessure simple ou qui aurait dû de résorber rapidement n'est pas encore retourné au travail. (...) ça fait qu'il faut aller voir soit au niveau social (...), ça peut être une évaluation par un psy parce que tu veux aller voir les troubles de personnalité, tu veux aller voir ce qui est arrivé autour de l'évènement de l'accident, de la maladie, (...) » (E2).

La recommandation a donc été modifiée pour aborder la notion de situation d'handicap complexe plutôt que de la gravité de la déficience. L'argumentaire l'accompagnant a également été précisé en expliquant que la complexité d'un dossier sur le plan fonctionnel dépend surtout de l'interaction harmonieuse ou non de l'ensemble des facteurs personnels et environnementaux. La gravité de la déficience n'est finalement qu'un facteur parmi d'autres.

Recommandation 8

Selon les participants, la recommandation 8 met l'emphasis sur les mécanismes de communication de l'équipe et ils mentionnaient que ce n'est pas suffisant pour garantir la réalisation d'une ÉCT qui soit complète. Ils expliquaient qu'un travail efficace en équipe multidisciplinaire demande l'adoption de règles de fonctionnement et des comportements qui permettent la collaboration entre les professionnels et l'atteinte du but commun (ici une ÉCT complète).

« Ce qui m'apparaît important là dedans c'est que si on est pour travailler en équipe c'est de travailler avec de la cohérence, une logique puis peut-être travailler avec une approche, un schème similaire. Parce qu'on sait qu'en équipe ça peut faire n'importe quoi. Des fois ça peut être excellent mais des fois ça peut faire n'importe quoi. (...) Pour moi, le mot communication n'est pas assez puissant. » (G2).

Conséquemment la recommandation 8 a été reformulée de façon à inclure des informations sur la nature des comportements attendus dans l'équipe, telles que l'adoption d'un cadre de référence commun, la recherche d'un consensus, etc. Aussi, la synthèse de données probantes accompagnant cette recommandation a été complétée à l'aide d'écrits au sujet des conditions qui permettent le travail en équipe interdisciplinaire et en particulier l'élaboration d'opinion clinique et la prise de décision.

Recommandation 5

La recommandation 5 a également fait l'objet de commentaires quant à son contenu. D'ailleurs, les points de vue des participants face à la recommandation 5 étaient très variés. Un premier groupe de participants rapportaient que l'approche proposée ("top-

down") est courante et la considéraient comme une bonne pratique tandis que d'autres disaient ne pas l'utiliser.

« Moi je trouve qu'il y a une grosse différence dans la réadaptation d'un client où on a eu accès à ça (utilisation de l'approche "top-down") et où on l'a pas. » (G2);

« Ça permet d'être efficace parce que si on part de l'inverse, on ne finit plus notre évaluation. » (G3).

Un second groupe de participants ont rapporté ne pas utiliser l'approche "top-down". Ils considéraient que l'ergothérapeute doit répondre uniquement au mandat qui lui est donné par l'agent payeur. Selon eux, les agents payeurs (CSST, SAAQ, autres assureurs) n'autorisent généralement pas les interventions liées à cette approche. Par conséquent, dans cette logique les capacités de la personne est la principale dimension du fonctionnement au travail, et parfois la seule, sur laquelle porte l'ÉCT.

« On parle de participation, performance, capacités. Tout dépendamment de notre mandat, je n'irai pas vérifier la participation ou la performance. Je vais me centrer sur les capacités du travailleur. Je vais tenir compte de ses facteurs personnels et environnementaux. Mais tout ce qui touche participation, performance, même s'il n'est pas motivé je vais l'évaluer pareille? Je n'irai pas évaluer cela en profondeur contrairement aux capacités parce que c'est ça qui m'intéresse. » (G1).

Un troisième groupe de participants étaient d'avis que l'approche "top-down" est une bonne pratique clinique mais que l'application de celle-ci dans la réalité est difficile. Les principaux obstacles sont la pression de la part des agents payeurs et le manque d'accessibilité des milieux de travail.

« C'est une très bonne recommandation mais c'est plus un vœu pieux en ce moment. » (G3). « Je ne sais pas si on peut spécifier d'une certaine façon d'être le plus "top" possible, dans le contexte parce que là vous avez un problème avec l'employeur et l'organisme payeur (...) la première question c'est : Est-ce qu'on peut le mettre au travail? Sinon c'est où le plus proche du travail qu'on peut le mettre? Sinon c'est où encore le plus proche? C'est comme on partait pis après on reculait, pis des fois ça finissait en salle. » (G2).

Il apparaît donc que les opinions soient divergentes entre les participants sur cette recommandation. Ainsi, devant ces résultats non convergents, les commentaires des participants ont été mis en perspective en fonction des autres résultats et du modèle conceptuel utilisé pour la rédaction du guide. En fait, les participants ont favorablement accueilli les recommandations 2, 3, 4 qui sont directement en lien avec le modèle du fonctionnement au travail qui a une perspective systémique. Or la recommandation 5 s'inscrit parfaitement dans cette conception systémique du fonctionnement. Cette constatation suggère une certaine forme d'incohérence dans les propos des participants. De plus, ces recommandations (2, 3, 4 et 5) sont cohérentes avec les écrits récents qui préconisent une approche d'ÉCT dite "écologique" c'est-à-dire une approche qui conceptualise le fonctionnement comme le résultat de la relation dynamique entre la personne, son environnement et l'activité (Durand *et al.*, 2008; Sandqvist et Henricksson, 2004; ACE, 2002; Dutil et Vanier, 1998). Enfin, l'analyse des verbatim des participants qui s'opposent à l'approche "top-down" démontre que cette opposition est davantage en lien avec les demandes des agents payeurs. De fait, aucun argument de nature clinique n'a été avancé pour soutenir cette position.

Recommandation 13

Selon les participants, la recommandation 13 apparaît incomplète et ils suggèrent qu'elle soit mise en lien avec le tableau 2 du GP qui identifie les objectifs de l'ÉCT, de même qu'avec l'arbre décisionnel (figure 4 du GP) qui guide le choix du type d'ÉCT à utiliser.

« Est-ce qu'on peut mettre dans un énoncé qu'on fait référence à un arbre décisionnel? Parce que la phrase est très générale et j'essaie de voir une ergothérapeute qui veut juste se garder les grands principes en tête sans... c'est quand même un guide de 57 pages, une ergo ne va pas se taper le guide à chaque fois qu'elle va faire une ÉCT. Pour ça pour nous aider on a le fameux tableau no 2 avec les objectifs, l'arbre décisionnel pourrait être gardé à portée de main, les différents énoncés pourraient pas être loin aussi. Mais pour ça il faudrait juste faire référence ici à l'arbre décisionnel. » (E2).

Étant donné que l'argumentaire fait déjà référence à l'arbre décisionnel et aux objectifs de l'ÉCT du tableau 2, l'encadré de la recommandation a été ramenée juste après

l'argumentaire et juste avant l'arbre décisionnel. Ainsi, ceci aidera le lecteur à faire le lien entre la recommandation et les données probantes l'appuyant.

Recommandation 14

Selon des participants, la recommandation 14 doit préciser que non seulement l'ÉCT doit s'adapter au milieu de travail et à la personne mais également à d'autres facteurs tels que le mandat donné par le référent et le contexte économique en général.

« Peut-être selon l'objectif de l'ÉCT? Que dans le fond ça peut influencer selon le mandat qu'on a. Ça dépend pas juste du milieu ou de la personne. » (G4); « On n'a pas le choix de s'adapter à qui on a en avant de nous pis au milieu de travail pis ça va même plus large là. Je regarde en ce moment la situation économique, on a de la misère à aller dans les milieux là. Ça fait que ça, on n'a pas le choix d'en tenir compte. Ça va peut-être nous bloquer des portes pour faire certaines parties d'ÉCT là. » (E2).

Le facteur «contexte économique» a été ajouté à l'argumentaire et à la recommandation. Pour le mandat reçu du référent, celui-ci est déjà traité à la recommandation 11.

Exhaustivité des recommandations : À la question demandant s'il y a des recommandations qui doivent être ajoutées ou enlevées du GP, les participants considéraient que les recommandations présentes étaient toutes importantes et qu'elles couvraient bien le domaine.

Qualité des synthèses des données probantes : Les synthèses accompagnants sept recommandations (1, 2, 6, 9, 10, 11 et 17) ont fait l'objet de précisions ou d'ajouts mineurs suite aux commentaires des participants.

Recommandation 1

À la recommandation 1, des participants expliquaient qu'il y a parfois des mandats ou des objectifs de l'ÉCT qui amènent à dépasser les limitations fonctionnelles. L'objectif de la recommandation 1 est de s'assurer que l'ÉCT se fait en toute sécurité. L'ergothérapeute doit donc s'assurer d'obtenir l'autorisation médicale avant de procéder à une ÉCT qui ne

respecterait pas les limitations fonctionnelles émises. En effet, l'ergothérapeute n'a pas la compétence requise pour invalider une limitation fonctionnelle émise par un médecin. *« Je me questionne des fois où le client ou l'agent payeur va nous demander de dépasser les limitations fonctionnelles dans des cas où exemple l'emploi qui est occupé depuis 5 ans ne respecte pas les limitations pis ça va bien. Donc il est présumé que ses capacités sont probablement supérieures et les limitations ne sont plus valide, ce sont des choses qu'on nous dit, Je me demande à ce moment-là si je devrais la dépasser ou pas. J'ai toujours un peu de misère avec ça. » (G2); « ...aller chercher un avis médical. Que le médecin l'autorise d'aller au-delà (des limitations fonctionnelles). » (G2).*

Une précision à ce sujet a donc été ajoutée dans la synthèse accompagnant cette recommandation.

Recommandation 2

Lorsque les participants ont commenté la recommandation 2 et la synthèse des données probantes qui l'appuie, il est apparu que de nombreux participants ne saisissaient pas les distinctions entre les concepts "capacités de la personne", "performance au travail" et "participation au travail". Dans le guide ces concepts sont présentés dans la section « Généralités », donc dans les pages qui précèdent la section des recommandations. Étant donné que ces concepts étaient nouveaux pour quelques participants, certains ont suggéré de faire un rappel dans le texte accompagnant la recommandation.

« C'est que c'est des termes qui nous mêlent je pense, participation, performance. On n'est pas habituées d'utiliser ça. » (G2); « On pourrait remettre ces définitions là ici pour se les remettre dans la tête. Parce que c'est pas un modèle avec lequel on est familier. » (G4).

Des exemples ont été ajoutés pour bonifier les explications du modèle dans la section généralité afin de faciliter l'appropriation du modèle et de ses concepts. De plus, afin de retrouver facilement l'endroit où est présenté le modèle une référence aux pages a été ajoutée. Un glossaire a également été ajouté à la fin du GP.

Recommandation 6

Les participants disaient être d'accord avec cette recommandation parce que selon leur expérience, un équilibre occupationnel favorise un maintien à l'emploi à long terme. Des participants rapportaient que malgré ceci, certaines personnes font le choix de laisser tomber la plupart de leurs activités et rôles hors travail afin de se maintenir au travail.

«...il faut aussi regarder c'est quoi les autres rôles de la personne parce que quand t'as fini de travailler le soir chez vous tu ne te couches pas jusqu'au lendemain là, tu as un deuxième chiffre à faire, tu as une autre vie faut que tu sois capable de dormir, faut qu'il te reste de l'énergie pour faire un paquet d'affaires (...).» (E2).

La synthèse des données probantes appuyant la recommandation 6 a été reformulée afin de préciser que le travail peut aussi nuire à la reprise des activités, rôles et responsabilités en dehors du travail et lorsque c'est le cas, l'ergothérapeute doit le préciser dans le rapport d'évaluation car le fonctionnement au travail présenté par la personne demeurera fragile en raison d'un manque de marge de manœuvre.

Recommandation 9

À la recommandation 9, certains participants recommandaient l'ajout d'une mise en garde. Le délai entre le moment de la blessure et le moment où la réadaptation au travail (et donc l'ÉCT) doit débiter varie selon les clientèles. Il est donc possible d'être trop précoce. Des participants ont souligné qu'il faut choisir le bon moment pour entamer l'ÉCT. D'autre part, des participants affirmaient qu'il faut préciser que la précocité s'applique à l'amorce de l'ÉCT et non à donner une opinion finale alors que ce n'est pas possible ou opportun de le faire.

«- Oui. Pis il y a beaucoup de littérature sur les blessés musculo-squelettiques là.

- Les maux de dos là?*
- Oui pis c'est ben différent d'un blessé orthopédique avec 8 fractures là, pis écoute ça n'a pas de bon sens. (...) tu dis je veux ben être précoce là dans mon retour au travail avec mon client mais il y a comme une limite là.*
- On va s'occuper du transfert à la toilette avant...*
- Ben c'est ça il y a des choses qui viennent avant. Mais je trouve ça intéressant la définition qu'il y a là on dirait que ça vient recadrer ce que ça veut dire. Comment on peut l'appliquer avec cette clientèle là parce que c'est pas la même*

chose qu'avec un blessé qui va être plus léger pis qui va récupérer plus rapidement pis qui peut fonctionner plus rapidement. » (E1);

« C'est dans la définition de l'amorce aussi. On parle précocement, c'est pas toute l'évaluation. C'est qu'est-ce qui est pertinent en temps opportun. » (G3).

Bien que la recommandation parle d'amorce de l'ÉCT, la synthèse qui accompagne la recommandation fait maintenant également une précision qu'il s'agit de l'amorce de l'ÉCT qui doit être précoce.

Recommandation 10

Lors des discussions entourant l'argumentaire de la recommandation 10, quelques participants font valoir qu'il y a un écart entre ce qui est recommandé et leur pratique clinique. Ils expliquaient que l'ÉCT n'est pas continue car elle se fait à la toute fin du processus de réadaptation. Une ÉCT, selon eux, c'est une évaluation qui donne un avis final sur les capacités de travail.

« Une évaluation des capacités de travail c'est plus à la fin pour nous, dans notre milieu. Ça me rejoint un peu moins. Au début je ne fais pas une évaluation des capacités de travail tout de suite je trouve ça trop tôt. C'est plus une évaluation fonctionnelle. » (G1).

Suite à l'analyse des verbatim, il apparaît que les participants utilisaient une classification des ÉCT autre que celle utilisée dans le GP, très semblable à celle de Hart *et al.* (1993). Un rappel que ces termes sont définis précédemment a donc été ajouté afin d'assurer une compréhension juste de la recommandation. Le lecteur est référé aux pages en question ainsi qu'au glossaire en fin d'ouvrage.

Recommandation 11

Selon les participants, il aurait été utile de spécifier dans l'argumentaire de la recommandation qu'il faut aussi conjuguer avec les besoins/objectifs qui peuvent être différents pour l'agent payeur, le client et pour l'employeur de l'ergothérapeute (mission de l'établissement).

« Ça fait qu'on a des mandat et ça c'est important aussi de clarifier qui nous donne le mandat d'évaluation des capacités de travail pis qu'est-ce qu'on veut aller chercher parce que des fois nous on prendrait une direction mais le mandat qu'on nous donne

c'est pas tout à fait la même direction. Pis des fois le client ne veut pas aller partout par là non plus, ça fait que des fois c'est difficile de conjuguer tout ça. On est souvent dans cette situation là. (...) Des fois ça vaut la peine d'aller valider ce qui se passe des deux cotés, autant ce que notre client veut mais c'est ça des fois il y a quelqu'un d'autre qui est en arrière de nous qui nous dicte par où s'en aller. Il faut conjuguer les deux toujours pour ne pas se retrouver dans le champ, de faire des choses pour rien. » (E1).

L'argumentaire aborde donc maintenant la nécessité de négocier les besoins et agenda de tous les détenteurs d'enjeux avant de procéder à l'ÉCT afin d'assurer son utilité.

Recommandation 17

Dans l'argumentaire accompagnant la recommandation 17, plusieurs termes avaient besoin d'être expliqués davantage. Les termes "analyse négative de cas", "saturation des données" et "engagement prolongé sur le terrain" n'étaient pas clairs pour tous les participants.

« L'analyse négative de cas... Qu'est-ce que ça mange en hiver ça? » (G3); « Saturation des données ça fait référence à l'atteinte d'un plateau de mon client? Ou c'est d'aller chercher la même information de plusieurs façons? » (E1);

Des exemples concrets ont été ajoutés pour faciliter la compréhension.

4.3.4 Textes, tableaux et figures accompagnant les recommandations

De façon générale, les participants ont apprécié les tableaux et les figures dans le document parce qu'ils résument bien l'information et aident à la compréhension.

Plus spécifiquement, le tableau 3 intitulé « Dimensions du fonctionnement au travail et ÉCT recommandées » résumant les types d'évaluation recommandés par la littérature est perçu comme important et bien fait.

« Moi j'aime ça. Ça vient avec le commentaire positif que j'ai dis au départ là, on lit pis après ça on résume. C'est un beau résumé. » (G3)

La figure 4 intitulée « Arbre décisionnel pour le choix du type d'ÉCT à utiliser » a été appréciée par la plupart des participants. Les participants ont dit que l'arbre reflétait bien le processus décisionnel de l'ergothérapeute. Il est clair et ses liens sont bons.

« Je trouve que ça avait du bon sens les liens qui sont faits. Ça sépare les trois grandes catégories là, soit que j'aïlle dans le milieu réel, soit que je fais quelque chose de plus général ou spécifique pis que je vais rester en salle... ça fait référence à : les tâches, sont-tu disponibles? Le milieu est-tu disponible? Je me mettrais à la place d'une ergo qui commence moi j'aurais peut-être aimé ça avoir ça. Pour quelqu'un qui n'en a jamais fait dans sa vie pis qui regarde ça là, je trouve ça le fun. Il me semble que ça t'amène aux bonnes places. » (E1)

Les tableaux 4, 5 et 6 présentent la fréquence d'utilisation des différentes sources de données, des méthodes de cueillette de données, de même que des stratégies requises pour assurer la rigueur de l'ÉCT. Les avis des participants étaient très partagés face à la nécessité de ces tableaux dans le GP. D'un coté, il est rapporté qu'il est intéressant de prendre connaissance des fréquences d'utilisation. Des participants se sont sentis «validés» dans leurs façons de faire parce que le contenu des tableaux reflétait leur pratique clinique. Il a été également mentionné que ces tableaux étaient un bon résumé visuel et ajoutait à la compréhension des textes. Par contre, d'autres participants estimaient que les tableaux n'apportaient rien de plus. De simples listes des sources, des méthodes de cueillette et des stratégies de rigueur auraient été suffisantes.

« Moi je trouve que c'est visuel et ça fait le retour de la littérature alors si j'y vais d'un coup d'œil, je cherche quelque chose et je vois des prépondérances, bon ben je vais le voir tout de suite. Je trouve que c'est très visuel... » (G3)

Ces tableaux demeurent dans la seconde version du GP.

4.3.5 Section « Niveaux de preuve et sommaire des recommandations »

La section « Niveaux de preuve » explique sommairement que le GP a été élaboré à partir d'une recension systématique des écrits. Il présente également le classement des

niveaux de preuve utilisé dans le GP. Certains participants trouvaient cette section intéressante et importante car elle permet d'avoir une perspective critique sur les données probantes disponibles dans le domaine.

Il a d'ailleurs été suggéré de préciser le niveau de preuve scientifique pour chaque écrit dans la section « Références ». D'autres participants trouvaient le tableau présentant les niveaux de preuve difficile à comprendre et ils suggèrent que ce tableau devrait être vulgarisé. Ils trouvaient le jargon de la recherche assez hermétique et même rébarbatif.

« C'est sûr que c'est plus un jargon de recherche. (...) Ça peut être intéressant de voir sur quoi ça se base, quel genre d'étude. Mais moi, je n'ai pas de définition de c'est quoi ce genre d'étude par rapport à l'autre. » (E1);

Par contre, ceci a permis à certains participants de prendre conscience de l'état limité des connaissances du domaine.

« Ce qui m'a frappé dans le guide c'est les niveaux de preuve associés aux recommandations. (...) On voit que le niveau de preuve est un niveau 10, ça m'a ébranlé, ça m'a surpris. » (G1)

Quelques participants ont apprécié avoir une section « Sommaire des recommandations » car elle permet d'avoir une vue d'ensemble des recommandations.

« J'ai trouvé ton idée de sommaire mis au début bien l'fun. C'est comme une première vision, pis après ça bon, on peut le lire. » (G2)

Enfin, quelques participants auraient apprécié avoir une description plus détaillée sur l'élaboration du GP et comment les écrits furent sélectionnés.

Dans la nouvelle version du GP, la section traitant du sommaire des recommandations et des niveaux de preuve a été relocalisée vers la fin du guide juste après la vignette clinique. Le titre « Niveaux de preuve scientifique » a été changé pour « Élaboration du GP » car une explication du processus a été ajoutée et l'utilisation des niveaux de preuve scientifique est une des étapes du processus. Une explication globale des niveaux de preuve a également été ajoutée. Cependant, une explication des différents devis et

méthodologies de recherche nommées dans le tableau de niveaux de preuve n'a pas été ajoutée car ceci dépasse le cadre d'un GP.

4.3.5 Section « Généralités »

La section « Généralités » définit ce qu'on entend par le mot « travail » dans le cadre du GP et elle précise en quoi consiste une ÉCT. Elle présente également le modèle conceptuel utilisé dans le GP ainsi que le processus de réadaptation au travail. Cette section a été construite afin de faciliter la compréhension des recommandations et de réduire au maximum les ambiguïtés actuelles dans ce domaine d'étude que ce soit au plan conceptuel ou au plan de la terminologie (Innes et Straker, 1998a; Soer *et al.*, 2008).

Les participants ont trouvé la présence de cette section très utile pour la compréhension du reste du GP. Ils l'ont trouvée également très claire.

« Moi ça m'a aidé beaucoup parce que justement il y avait des définitions de certains termes qui m'a aidé à comprendre le reste. On parle des différents types d'évaluation on dirait que ça vient classer les affaires. Je trouve que ça été très utile. » (E1)

Selon les participants, les figures et les tableaux ajoutent à la compréhension de ce qui est expliqué dans les textes. La figure 2 « Processus de réadaptation au travail » et le tableau 2 « Objectifs des ÉCT » ont été particulièrement appréciés parce qu'ils illustrent le processus de réadaptation et les objectifs de l'ÉCT de façon complète et organisée.

« Je le trouve bien complet avec toutes les étapes. On voit bien c'est quoi les étapes quand on parle de retour au travail pis de bien évaluer son client. Par quoi il peut passer pis c'est pas tout le monde qui passe par la réorientation. La flèche montre aussi que ça peut être dynamique entre les étapes. On peut reculer, on peut sauter des étapes. Je le trouvais intéressant là. » (E1).

4.3.6 Section « Vignette clinique »

La vignette clinique présente en toute fin du GP illustre une application concrète des recommandations pour la pratique clinique. Elle a pour but d'aider à la compréhension des recommandations en les contextualisant dans un cas clinique courant.

La majorité des participants ont apprécié la vignette. Ils l'ont trouvée claire et elle permet de bien illustrer les recommandations. Ils ont confirmé également qu'elle était typique de la réalité clinique.

« Je trouvais ça le fun parce qu'on faisait vraiment des liens avec tout ce qui a été vu. (...) Ce que je lis là, c'est pas mal ça qu'on fait. Quelqu'un qui n'en a jamais fait et qui lit cela ben je pense qu'elle serait contente. Ça vient guider et c'est très concret. Ça fait une belle synthèse de plusieurs éléments dans le guide, de comment les appliquer avec un client au fil du temps pendant la réadaptation. » (E1)

Toujours selon les participants, la présence d'une vignette est particulièrement importante pour les ergothérapeutes nouvellement gradués. Quelques participants ont souligné cependant que les liens avec les recommandations étaient trop implicites et un nouvel ergothérapeute aurait de la difficulté à faire les liens. Il a été proposé de démontrer et d'expliquer les liens entre la vignette et les recommandations, la figure 2 «Processus de réadaptation au travail» et la figure 4 «Arbre décisionnel pour le choix du type d'ÉCT à utiliser».

« Peut-être mettre des chiffres de référence dans la vignette, (...) à quelle recommandation ça fait référence. » (G3).

La section de la vignette a été modifiée afin de faciliter les liens avec les différentes étapes du processus de réadaptation, avec les recommandations, ainsi qu'avec l'arbre décisionnel.

4.3.7 Préoccupations et besoins des participants

Les commentaires des participants, qui n'étaient pas directement en lien avec le but des consultations (groupes de discussion et entrevues) sont décrits ici. Ce sont des préoccupations et des besoins qui sont importants pour les ergothérapeutes experts pratiquant des ÉCT. Il s'agit d'abord des obstacles aux pratiques cliniques recommandées et le besoin d'avoir en main des listes d'outils d'évaluation de qualité et des exemples concrets des procédures à utiliser pour réaliser les évaluations.

Obstacles aux pratiques cliniques recommandées : Les participants ont exprimé non seulement leur avis sur le GP et sur son contenu, mais également leurs préoccupations liées à l'application du GP dans la réalité clinique. Selon eux, plusieurs pratiques cliniques rencontrent des obstacles de diverses ordres : mandat donné par l'agent payeur, pas d'emploi ciblé, disponibilité d'outils, organisation du travail, etc.

Plus précisément, procéder à une ÉCT complète (recommandation no.2) est souvent difficile à mettre en pratique :

« Des fois ça (l'ÉCT) n'est pas complète. Je vais prendre ce qui a dans le milieu et je vais faire de mon mieux avec ce que j'ai. Je vais dire que j'ai juste ça et que sous toute réserve de ci et de ça. » (G1).

Ils rapportaient également que la dimension « participation au travail » intéresse peu les assureurs :

« L'aspect participation au travail intéresse plus ou moins les agents payeurs. » (G1);
« C'est peut-être celui qui est le plus difficile à vendre aux autres (CSST, SAAQ), en tout cas dans ma réalité. Parce que « ce n'est pas toi qui s'occupe de ça ». Moi je me fais dire ça souvent : « occupe-toi des capacités ». Ça fait que si on monte un peu (dimension de la performance au travail) ok mais rendu à la participation des fois on se fait dire que ce n'est plus notre champs d'intervention » (G2).

De la même façon, la recommandation no. 6, concernant une vision élargie aux autres rôles de la personne, peut être également difficile à appliquer en raison d'un mandat restrictif donné par l'agent payeur :

« - (...) dépendamment de l'agent payeur, de la corde qu'il nous laisse? – oui, selon la latitude qu'il nous laisse » (G1).

Cependant, des participants affirmaient qu'il est du devoir de l'ergothérapeute de faire part de ses préoccupations sur des éléments qui sont exclus du mandat mais qui sont significatifs cliniquement :

« C'est là où on ne doit pas hésiter quand on met des recommandations dans notre rapport, de se permettre de le dire qu'on a des préoccupations à propos de cette personne là à fonctionner dans ses activités quotidiennes. » (G4).

La précocité de l'ÉCT (recommandation 9) n'est pas toujours possible en raison de référence tardive en ergothérapie ou des délais d'ordre administratifs de la part des agents payeurs :

« Il y a des souhaits des organismes de vouloir une prise en charge rapide pis... mais la réalité c'est pas ça. » (G3)

La continuité de l'ÉCT comme sa précocité (recommandations 9 et 10) peuvent rencontrer des obstacles liés à l'organisation du travail chez l'employeur de l'ergothérapeute. Dans certains établissements, la personne passe d'abord dans un programme de réadaptation fonctionnelle qui est séparé du programme de réadaptation socioprofessionnel. La réadaptation au travail est abordée vraiment qu'une fois le programme de réadaptation fonctionnelle terminé :

« Nous on intervient plus tard, dans notre programme de réadaptation au travail. Là on essaye d'être plus précoce. » (G1)

Outils d'évaluation et exemples concrets de procédures : Quelques participants exprimaient leur difficulté à comprendre l'application concrète de certaines

recommandations et déplorait le manque de directives précises quand aux outils à utiliser.

Dans quelques entrevues, certains participants avaient des difficultés à bien saisir l'application de deux éléments en particulier : 1) comment s'applique l'approche "top-down" concrètement et 2) comment procéder à l'évaluation des différentes dimensions du fonctionnement au travail ainsi que des facteurs.

« Je ne suis pas sûre de comprendre non plus quand tu dis d'évaluer d'abord la participation au travail, la performance puis après les capacités concrètement comment ça se fait. » (G2)

Pour pallier à cette difficulté des participants ont suggéré d'inclure davantage d'exemples cliniques dans les explications :

« Il y a des endroits où vous avez donné des p'tits exemples, puis j'appréciais, ça faisait le lien entre la théorie puis... j'aimerais ça en avoir. Moi ça m'aide beaucoup. Je suis concrète, ça me parle. » (G1).

Dans plusieurs entrevues, les participants ont exprimé le besoin d'avoir une liste des outils d'évaluation à utiliser, de même qu'une liste de ressources à consulter.

« Moi je trouverais ça le fun d'avoir dans un guide une liste d'outils d'évaluation. C'est quoi les évaluations qui sont les plus recommandées. » (G2)

Mais ce besoin serait possiblement général en ergothérapie et non spécifique au domaine de l'ÉCT :

« Ben sûr. Mais je pense que c'est au-delà de ce qui est le mandat du guide actuellement mais en ergo on en a vraiment besoin de pouvoir de documenter en fonction de qu'est-ce qui est vraiment valide et fiable. Souvent c'est une faiblesse qu'on a, c'est pouvoir avoir un œil critique sur les outils d'évaluation et de pouvoir faire des bons choix, bien camper ces outils d'évaluation. » (G2).

Il serait également en lien avec le manque d'outils disponibles :

« ...sauf qu'on n'a pas toujours les outils disponibles pour le faire. » (G3).

4.4 RÉSUMÉ

En résumé, la recherche documentaire a permis de constater que de nombreux écrits étaient publiés dans le domaine de la réadaptation au travail et la détermination de la capacité à travailler des personnes atteintes d'une déficience physique. Cependant, après une première analyse, peu d'écrits ont été retenus pour la rédaction du GP. En effet, plusieurs documents ont été éliminés car ils décrivaient des évaluations faites dans des perspectives disciplinaires très différentes de l'ergothérapie (médecin, conseiller d'orientation, etc.) et leur contenu n'était pas applicable. Aussi, plusieurs écrits concernaient un instrument de mesure visant un facteur en particulier, ce qui apparaissait trop restrictif pour le guide qui se basait sur une approche plus systémique du fonctionnement au travail.

Les écrits retenus concernaient des principes plutôt généraux sur la pratique de l'ÉCT et peu d'information d'ordre opérationnelle. De plus, bien que souvent ces écrits soient de bonne qualité, le niveau de preuve des données probantes est relativement faible.

Au terme de l'analyse de la documentation, le GP regroupe 17 recommandations qui sont d'ordre général. Suite à la consultation de 24 ergothérapeutes experts pratiquant dans différentes régions du Québec, il s'avère que ces recommandations étaient toutes pertinentes, voire parfois essentielles pour une bonne pratique clinique de l'ÉCT. Cette consultation a permis d'établir que certaines recommandations de la première version du GP devaient être précisées davantage alors que d'autres devaient être clarifiées dans la manière de les énoncer. Une seule des recommandations doit être modifiée quant aux conditions de son application (déficience grave vs complexité clinique). Une autre a suscité des points de vue très divergents entre des participants (utilisation de l'approche dite "top-down"). Quelques synthèses appuyant les recommandations devaient aussi faire l'objet de précisions et d'ajouts mineurs; de même pour les autres textes du GP. Les tableaux 11, 12 et 13 résument les corrections apportées au GP. Globalement le document

a reçu un accueil favorable de la part des participants et sa pertinence a été confirmée. La version finale du GP est présentée en annexe J.

Tableau 11- Commentaires et corrections apportées sur la clarté des recommandations

Recommandation	Commentaires	Corrections apportées
5	L'expression « approche "top-down" » est peu connue des participants.	L'expression a été remplacée par « approche du général au spécifique » dans le GP.
11	Le terme « besoin » est trop flou.	L'expression a été remplacée par « objectifs de l'ÉCT ». Aussi, une référence au tableau sur les objectifs des ÉCT a été ajoutée.
12	Une difficulté à saisir les concepts du modèle de Sandqvist et Henricksson (34) et établir des liens avec la pratique courante est rapportée.	Le modèle a été décrit plus en détails et la recommandation a été reformulée afin de rendre plus clair le lien avec les informations contenues dans l'argumentaire.
15	Les termes « pratique » et « efficient » apparaissent peu clairs pour les participants et ils ne les considèrent pas comme des termes équivalents.	Une précision de la signification des termes pratique et efficient a été ajoutée dans le texte qui accompagne cette recommandation.
17	Les participants mentionnent que la recommandation 17 est incomplète.	L'énoncé a été reformulé afin que la recommandation soit plus claire et explicite.

Tableau 122 - Commentaires et corrections apportées sur le contenu des recommandations

Recommandation	Commentaires	Corrections apportées
5	Les points de vue sont variés sur l'utilité et l'utilisation de l'approche "top-down".	Aucune car il a été considéré que cette recommandation s'inscrit dans la conception systémique du fonctionnement au travail et elle est cohérente avec les approches d'ÉCT dites écologiques.
7	Les participants mentionnent que la nécessité d'une évaluation par une équipe interdisciplinaire n'est pas nécessairement en lien avec la gravité de la déficience comme il est mentionné. Elle est plutôt en lien avec la complexité du dossier.	Cette recommandation a été modifiée pour aborder la notion de situation d'handicap complexe plutôt que de la gravité de la déficience. L'argumentaire l'accompagnant a également été précisé en expliquant que la complexité d'un dossier sur le plan fonctionnel dépend surtout de l'interaction harmonieuse ou non de l'ensemble des facteurs personnels et environnementaux.
8	Selon les participants, la recommandation met l'accent sur les mécanismes de communication de l'équipe et ils mentionnent que ceux-	Cette recommandation a été reformulée de façon à inclure des informations sur la nature des comportements attendus dans l'équipe, telles que l'adoption d'un cadre de

	ci ne sont pas suffisants pour garantir la réalisation d'une ÉCT qui soit complète. Ils expliquent qu'un travail efficace en équipe interdisciplinaire demande l'adoption de règles de fonctionnement et des comportements qui permettent la collaboration entre les professionnels et l'atteinte du but commun.	référence commun, la recherche d'un consensus, etc. D'autre part, l'argumentaire accompagnant cette recommandation a été bonifiée au sujet des conditions qui permettent le travail en équipe interdisciplinaire et en particulier, l'élaboration d'opinion clinique et la prise de décision.
13	Les participants proposent de faire des liens avec le tableau qui identifie les objectifs de l'ÉCT et l'arbre décisionnel qui guide le choix du type d'ÉCT à utiliser.	L'encadré de la recommandation a été déplacée juste après l'argumentaire (qui fait référence aux objectifs de l'ÉCT) et juste avant l'arbre décisionnel.
14	Selon des participants, cette recommandation doit préciser que l'ÉCT doit non seulement s'adapter au milieu de travail et à la personne, mais également à d'autres facteurs tels que le mandat donné par le référent et le contexte économique du moment.	Le facteur « contexte économique » a été ajouté à l'argumentaire et à la recommandation. Le mandat donné par référent est traité à la recommandation 11 (objectifs de l'ÉCT).

Tableau 133- Commentaires et corrections apportées sur la qualité des synthèses des données probantes

Recommandation	Commentaires	Corrections apportées
1	Des participants expliquent qu'il y a parfois des mandats ou des objectifs de l'ÉCT qui amènent à dépasser les limitations fonctionnelles posées par un médecin. L'ergothérapeute doit donc s'assurer d'obtenir l'autorisation médicale avant de procéder à une ÉCT qui ne respecterait pas les limitations fonctionnelles émises.	Une précision sur l'importance de l'obtention d'une autorisation médicale a été ajoutée dans l'argumentaire accompagnant cette recommandation.
2	La distinction entre les concepts « capacités de la personne », « performance au travail » et « participation au travail » n'est pas claire.	Des exemples ont été ajoutés pour bonifier les explications du modèle dans la section généralité afin de faciliter l'appropriation du modèle et de ses concepts. De plus, afin de retrouver facilement l'endroit où est présenté le modèle, une référence aux pages a été ajoutée. Un glossaire est également ajouté à la fin du GP.
6	Les participants disent être d'accord avec cette recommandation parce que selon leur expérience, un équilibre	L'argumentaire de cette recommandation a été reformulé afin de préciser que le travail peut aussi nuire à

	<p>occupationnel favorise un maintien à l'emploi à long terme. Des participants rapportent que malgré ceci, certaines personnes font le choix de laisser tomber la plupart de leurs activités et rôles hors travail afin de se maintenir au travail.</p>	<p>la reprise des activités, rôles et responsabilités en dehors du travail. Lorsque c'est le cas, l'ergothérapeute doit le préciser dans le rapport d'évaluation.</p>
9	<p>Des participants soulignent qu'il faut choisir le bon moment pour entamer l'ÉCT. D'autre part, des participants croient qu'il faut préciser que la précocité s'applique à l'amorce de l'ÉCT et non à donner une opinion finale alors que n'est pas possible ou opportun de le faire.</p>	<p>Une précision a été ajoutée sur le fait qu'il s'agit de l'amorce de l'ÉCT qui doit être précoce.</p>
10	<p>Quelques participants font valoir qu'il y a un écart entre ce qui est recommandé et leur pratique clinique. Ils expliquent que l'ÉCT n'est pas continue car elle se fait à la toute fin du processus de réadaptation.</p>	<p>Il apparaît que les participants utilisent une classification des ÉCT autre que celle utilisée dans le GP. Un rappel que les termes sont définis précédemment a donc été ajouté afin d'assurer une compréhension juste de la recommandation. Le lecteur est référé aux pages en question ainsi qu'au glossaire en fin d'ouvrage.</p>
11	<p>Les participants proposent de spécifier qu'il faut aussi conjuguer avec les besoins/objectifs qui peuvent être différents pour l'agent payeur, le client et pour l'employeur de l'ergothérapeute (mission de l'établissement).</p>	<p>Une précision a été ajoutée dans l'argumentaire sur la nécessité de négocier les besoins et agenda de tous les détenteurs d'enjeux avant de procéder à l'ÉCT afin d'assurer son utilité.</p>
17	<p>Plusieurs termes ont besoin d'être expliqués davantage tels que « analyse négative de cas », « saturation des données » et « engagement prolongé sur le terrain ».</p>	<p>Des exemples concrets ont été ajoutés pour faciliter la compréhension.</p>

CHAPITRE 5 : DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif l'élaboration d'un GP portant sur l'ÉCT des personnes présentant une déficience physique à l'intention des ergothérapeutes. Tel que mentionné précédemment, les écrits de même que la réalité clinique au Québec montrent une grande variabilité de la pratique (Dutil et Vanier, 1998; Mercier, 1998; Strong *et al.*, 2004b). Cette variabilité amène un questionnement sur la qualité des ÉCT et de leurs résultats (Strong *et al.*, 2004b). Ce GP répond à un besoin d'uniformiser et de rehausser la qualité de la pratique clinique dans le domaine. En effet, un GP est un outil nécessaire à l'implantation de pratiques cliniques exemplaires (Davis *et al.*, 2007). À notre connaissance, il s'agit du premier GP portant sur l'ÉCT qui a été élaboré à l'aide d'une méthodologie structurée et systématique.

La discussion est présentée en cinq sections : la recension systématique des écrits, l'analyse des écrits et l'élaboration de la version préliminaire du GP, la consultation des cliniciens experts pour ensuite aborder la validité de l'étude et finalement ses retombées.

5.1 RECENSION SYSTÉMATIQUE DES ÉCRITS

La première étape du projet de recherche consistait à rechercher des écrits dans le domaine et à analyser leur qualité.

5.1.1 Stratégie de recherche documentaire

Les résultats de la recherche documentaire ont été influencés par différents éléments, à savoir : le type de stratégie de recherche adopté, l'accès aux documents ciblés, la limite aux langues anglaise et française, le changement de paradigme survenu dans le domaine et enfin, le type d'analyse choisi.

Stratégie de recherche : La stratégie de recherche adoptée est dite "sensible", c'est-à-dire qu'elle visait à identifier tous les documents ayant trait à l'ÉCT et ainsi à assurer une couverture complète du domaine (Higgins et Green, 2006; Khan et al., 2001; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007; Fervers et al., 2001). Or l'utilisation de nombreux mots-clés et de plusieurs sources de données a mené naturellement à l'identification d'un très grand nombre de documents ($n > 5000$) dans la présente étude. Cette stratégie présente donc l'inconvénient d'exiger d'importantes ressources humaines ou financières pour trier et analyser les documents (The Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007; Fitch et al., 2001). En raison des ressources disponibles, certains auteurs adoptent plutôt des stratégies de recherche documentaire plus "spécifiques" ou ciblées. Ce choix peut avoir pour conséquence une identification des études d'un domaine qui n'est pas exhaustive. Toutefois, certains auteurs pensent qu'une stratégie ciblée permet l'identification des études majeures et ainsi, ils peuvent obtenir une couverture acceptable du domaine malgré la possibilité d'induire un biais (The Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007; Fitch et al., 2001). Ceci demeure cependant à être documenté par des études.

Accès aux documents : Dans la présente étude, malgré l'utilisation d'une stratégie de recherche documentaire dite "sensible", quatre des documents ciblés lors de la recension préliminaire nécessaire à l'élaboration du projet n'ont pas été répertoriés. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation. D'abord, l'étude de Dutil et Vanier (1998) n'a pas été publiée dans un périodique et ainsi elle n'est donc pas indexée dans les banques de données. Le mémoire de Mercier (1998) n'apparaît pas dans la banque de donnée *Proquest dissertations and theses* ce qui suggère qu'il fait probablement l'objet d'une erreur d'indexation. L'article de Lacerte et Wright (1992), tant qu'à lui, a été publié antérieurement à la période ciblée par la stratégie de recherche documentaire utilisé dans cette étude. Enfin, l'article de Law *et al.* (1996) traite d'un modèle conceptuel général en ergothérapie, ainsi il n'a pas été identifié avec les mots-clés utilisés. Par conséquent, aucun de ces documents n'a pu être ciblé même s'ils sont jugés en relation avec la recherche. Il apparaît donc que malgré l'utilisation d'une stratégie de recherche

documentaire "sensible", des documents utiles pour l'élaboration d'un GP peuvent être non répertoriés. En fonction de ce constat, il apparaît nécessaire de demander aux experts consultés dans une démarche semblable, si à leur connaissance d'autres documents seraient pertinents à ajouter à la synthèse de la littérature présentée.

L'acquisition de la version complète de l'ensemble des documents sélectionnés présente également une difficulté dans une recherche documentaire qui se veut exhaustive. Dans la présente recherche, 11 écrits sur les 108 dont le titre et le résumé semblaient prometteurs n'ont pu être obtenus et ce, malgré l'aide de ressources spécialisées travaillant à la bibliothèque d'une université. D'autres recensions systématiques dans le domaine de l'ÉCT se butent à la même difficulté. En effet, Serra *et al.* (2007) n'ont pu obtenir 11 des 110 articles sélectionnés. Tandis que pour Wind *et al.* (2005) ce fut 4 articles sur 92. Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cette difficulté : erreurs au niveau des références, réception de copies trop tardive, pas de copie électronique disponible, l'éditeur ne peut être identifié, etc. Dans la présente étude les difficultés étaient semblables, plus précisément : des liens électroniques défectueux, des erreurs dans les références et un éditeur qui n'a pu être trouvé.

Sélection des écrits : La recension systématique se limite aux documents publiés en langue anglaise et française. Or, il est probable que des articles importants écrits dans une autre langue existent et qu'ils apportent des éléments intéressants qui ne sont pas couverts par la littérature de langue anglaise et française. La restriction au niveau de la langue de publication a probablement induit un biais étant donné que la majorité des documents sélectionnés viennent de pays avec une forte influence anglo-saxonne (Canada, États-Unis, Australie, Écosse). Ainsi, il est donc probable que le contenu actuel du GP soit plus facilement généralisable à ces pays. Avant que le GP ne soit utilisé dans d'autres pays, la prudence commande tout de même d'adapter le contenu du GP au contexte de la pratique de l'ÉCT dans ces pays (Fervers *et al.*, 2006).

Aussi, les documents écrits il y a plus de 15 ans ont été exclus en raison d'un changement de paradigme dans la pratique clinique dans le domaine. La période retenue pour la recherche documentaire permet en principe de bien couvrir le domaine. En effet, de la fin des années 30 et jusqu'aux années 80, le modèle biomédical prévalait. Dans ce modèle, la compréhension approfondie d'un phénomène passe par l'isolement de ses différentes composantes (réductionnisme) et les déficiences organiques sont considérées comme la cause principale des limitations et des restrictions. Pendant cette période, l'approche de réadaptation dite « pré-vocationnelle » était prédominante en ergothérapie et elle était basée sur la réduction des incapacités. Plus précisément, le but était d'amener la personne à une condition physique ou mentale optimale afin qu'elle puisse faire face à nouveau aux exigences du travail. Ainsi, cette approche préconisait l'évaluation et le développement des capacités générales de travail en milieu clinique et ce, à l'écart des multiples facteurs d'influence du milieu réel de travail. De même, le travail était perçu surtout en fonction des différentes composantes des tâches et non avec une vision systémique de l'activité de travail (Harvey-Krefting, 1985; Marshall, 1985; Cromwell, 1985; Matheson *et al.*, 1985; Gutman, 1997). Plus récemment, le constat des limites du modèle biomédical face à des comportements humains complexes, le rappel des valeurs et croyances qui ont amené la création de l'ergothérapie et surtout, la progression des connaissances ont amené des modèles conceptuels du fonctionnement qui centrent davantage l'évaluation sur l'interaction personne-environnement (Kielhofner, 1985, 2008; Law *et al.*, 1996; Fisher et Short-DeGraff, 1993; Letts *et al.*, 1994; Strong *et al.*, 1999; Dutil et Vanier, 1998; Sandqvist et Henricksson, 2004; Gross 2004). De même en réadaptation au travail, une approche plus systémique est préconisée (Loisel, 2001; Pransky et Dempsey, 2004; Costa-Black *et al.*, 2007; Durand *et al.*, 1998; 2003; 2008). Ainsi, étant donné ce changement de paradigme, seuls les documents de moins de 15 ans ont été ciblés pour le GP. Le contenu du GP est donc essentiellement actuel et ne fournit pas de perspective historique comme c'est fréquemment le cas des recension intégratives des écrits. En effet, il est généralement peu utile pour un clinicien de consulter l'histoire de la pratique clinique dans le cadre d'une prise de décision face à une situation clinique précise.

Dans cette étude, la sélection des écrits a été réalisée au cours de deux tris. Le premier tri utilisait des critères de sélection larges, ce qui a permis de répertorier un grand éventail de documents. Ensuite des critères plus restrictifs ont été utilisés lors du deuxième tri. Cette stratégie a été utilisée afin d'éviter d'éliminer prématurément des documents, étant donné que l'élaboration du GP consistait en un processus itératif entre la consultation des écrits et l'écriture de son contenu. Il était donc important que toutes les décisions soient prises quant aux thèmes couverts par le GP avant d'exclure des documents et ainsi induire des biais parce des écrits pertinents ont été ignorés (Whittemore et Knafl, 2005). Selon Beyea et Nicoll (1998), lorsque la littérature est trop volumineuse à gérer, il vaut mieux restreindre les thèmes abordés mais les couvrir complètement. Cette stratégie a permis d'assurer que tous les thèmes contenus dans le GP soient bien appuyés par la littérature disponible.

De plus, les résultats obtenus sur la fiabilité inter-évaluateur lors de la sélection des écrits permettent de conclure à la clarté des critères de sélection. Par conséquent, ce constat supporte le faible risque d'erreur dans la sélection des articles.

Finalement, malgré le défi inhérent de l'accès aux documents dans le cadre d'une recension systématique, la stratégie de recherche utilisée a permis de recenser une large sélection de documents. Ceci a permis de couvrir très convenablement le domaine de l'ÉCT. Aussi, la sélection rigoureuse et réfléchie des écrits a permis de cibler les données probantes les plus à même à répondre à l'objectif de l'étude, c'est-à-dire à produire des recommandations cliniques utiles pour les ergothérapeutes faisant des ÉCT.

5.1.2 Évaluation des données probantes

Tel que recommandé par plusieurs auteurs (National Health and Medical Research Council, 1999; Liddle *et al.*, 1996; Whittemore et Knafl, 2005), les données issues de la littérature ont été évaluées sur le plan de leur qualité, c'est-à-dire à partir de la qualité de

l'étude et du niveau de preuve scientifique. Cette analyse permet de s'assurer de la qualité du contenu du GP. Bien que les niveaux de preuve scientifiques des données recensées dans la présente étude soient relativement faibles, globalement, les scores obtenus suggèrent que les écrits/études sont d'une bonne qualité.

Plusieurs façons d'évaluer la qualité sont suggérées lorsque les types études sont très variés (Whittemore et Knafl, 2005; Pluye *et al.*, 2009). La stratégie choisie était celle d'évaluer les études en utilisant des grilles qui sont spécifiques aux types d'études. Cette stratégie apparaît être la plus rigoureuse car il s'agit d'une approche standardisée et explicite (Liddle *et al.*, 1996). Cependant cette stratégie présente certains inconvénients. Premièrement, cette stratégie exige une analyse plus fine et demande donc plus de temps qu'une simple appréciation portant sur des critères généraux. Le second inconvénient tient au fait qu'il n'existe pas de grille pour chaque type d'étude. À cet effet, trois grilles ont dûes être développées pour répondre aux types d'études présents. Le troisième inconvénient a trait à la qualité des grilles publiées. En effet, bien que les grilles de Cesario *et al.* (2002) et de Pluye *et al.* (2009) aient été développées de manière rigoureuse, aucune étude ne s'est attardée jusqu'à maintenant à documenter leur fiabilité et leur validité sauf la validité apparente. Afin de réduire le risque d'erreur de jugement, deux évaluateurs ont complété l'évaluation de chaque document comme il est recommandé (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007; Davis *et al.*, 2007; Higgins et Green, 2006; The Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004). Par contre, l'absence d'un expert en méthodologie tel que recommandé pour l'analyse des études peut avoir affaibli la validité des résultats (Pluye *et al.*, 2009; Marek, 1995).

Bien que l'utilisation de grilles d'évaluation soit une stratégie considérée rigoureuse (Liddle *et al.*, 1996), certaines faiblesses sont aussi mentionnées. En effet, Eakin et Mykhalovskiy (2003) sont d'avis que l'utilisation de grilles pour évaluer la qualité des études qualitatives distrait le lecteur de la compréhension et de la signification des résultats. Selon eux, ces grilles mettent l'accent sur des procédures, c'est-à-dire sur la vérification de la qualité de l'exécution de techniques ou méthodes de recherche et ceci amènerait un jugement simpliste sur la qualité des études qualitatives. Toutefois, ces

auteurs sont aussi d'avis que l'élaboration d'un outil d'évaluation rapide qui mettrait l'accent sur la compréhension en profondeur de l'interprétation des données et de la signification des résultats demeure un défi à relever (Eakin et Mykhalovskiy, 2003). Pour les études quantitatives, une étude conduite par van der Velde *et al.* (2007), démontre que les résultats de l'évaluation de la qualité d'une même étude varient selon la méthode utilisée. En effet, ils ont comparé l'utilisation d'une grille d'évaluation composée d'une série de critères qui est utilisée par *The Cochrane Back Review Group* et la méthode *best-evidence synthesis* qui consiste plutôt à utiliser quelques questions visant à guider l'évaluateur dans la formulation d'un avis sur les aspects méthodologiques de l'étude. Selon van der Velde *et al.* (2007), chacune de ces méthodes présente ses forces et ses faiblesses. L'utilisation d'une grille est une méthode plus rapide et ceci est un avantage indéniable lors de l'analyse d'un grand nombre d'études. Par ailleurs, la méthode *best-evidence synthesis* dépend de l'expertise de l'évaluateur et est ainsi plus sujette aux biais lié à l'évaluateur. Toutefois, en ce qui a trait à la grille du *Cochrane Back Review Group*, celle-ci fait simplement la somme des critères rencontrés. Conséquemment, l'impact sur la validité des résultats de chacun des critères manqués n'est pas pondéré. Comme tous les critères ont le même poids sur le score total, il s'en suit que des études avec des manques qui peuvent avoir des impacts majeurs sur les résultats peuvent être mieux cotées que des études avec des manques plus nombreux mais qui sont moins graves au bout du compte. Dans l'étude de van der Velde *et al.* (2007), il est aussi noté que l'évaluation par un expert avec la méthode *best-evidence synthesis* a permis d'identifier des faiblesses dans les études qui n'avaient pas été identifiés en utilisant la grille du *Cochrane Back Review Group*.

En somme, l'évaluation de la qualité des études est un élément essentiel dans l'appréciation des données probantes. Toutefois, la méthode actuelle d'évaluation par des grilles présente encore certaines faiblesses. Il est donc nécessaire que les recherches futures poursuivent la validation des méthodes ou des instruments de mesure actuels.

Malgré leurs faiblesses réelles ou potentielles, les grilles utilisées ont permis de discriminer globalement le niveau de qualité des écrits. En effet, ces grilles ont été

utilisées pour situer le lecteur du GP face à la qualité des données présentées et également, pour guider le traitement des données contradictoires au cours de l'élaboration des recommandations. Ceci a permis une prise de décision éclairée et rigoureuse pour le choix des données à retenir dans l'élaboration du GP lorsque des données de la littérature étaient contradictoires.

Selon les résultats de l'évaluation à partir des grilles, bon nombre des écrits retenus pour cette étude se sont avérés de bonne qualité. Ceci contribue à augmenter la confiance envers le contenu du GP. Par contre, un type d'écrit fait exception. En effet, les recensions des écrits étaient jugées de qualité «très variable». Plus précisément, seulement trois des 18 recensions se sont avérées d'excellente qualité. Or, les recensions intégratives des écrits, les *"scoping study"* ou encore les *"mixed research synthesis studies"* sont des formes d'étude assez récentes dans la littérature et des critères de qualité sont publiés depuis peu (Whittemore et Knafl, 2005; Arksey et O'Malley, 2005; Sandelowski *et al.*, 2006; Pluye *et al.*, 2009; Burns et Grove, 2009). Il est dorénavant de mise de démontrer de façon explicite que la recension s'est faite de façon rigoureuse et systématique selon des critères de qualité reconnus par la communauté scientifique. Contrairement aux documents récents, les recensions plus anciennes n'exposent pas leurs éléments méthodologiques. Ceci explique pourquoi ce sont principalement des recensions récentes qui ont obtenus un bon score lors de l'évaluation avec la grille.

Dans l'étude actuelle, les résultats concernant les niveaux de preuve révèlent des niveaux faibles selon l'échelle des niveaux de preuve scientifique de Burns et Grove (2009) (niveaux VII à XI). Tel que mentionné précédemment, les études disponibles sont des études qualitatives, descriptives ainsi que des écrits théoriques (modèles conceptuels et cadres de référence) ou encore des recensions de ces types d'études. Or, la considération des résultats issus des études qualitatives dans la pratique basée sur les données probantes est récente (The Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2007; Khan *et al.*, 2001) et fait l'objet d'une polémique (Sandelowski *et al.*, 2006). En effet, le modèle positiviste prévalant propose les essais randomisés comme un "étalon-or" auquel les études se comparent. Les études qualitatives se retrouvent donc invariablement au bas des échelles

de niveaux de preuve. Elles sont pratiquement un pis-aller lorsqu'il y a absence de données issues d'études "moins biaisées". Néanmoins, plusieurs auteurs considèrent que les données issues de la recherche qualitative sont essentielles dans le développement des pratiques cliniques car elles permettent de comprendre les expériences humaines complexes qui ne sont pas saisissables avec des devis expérimentaux (Khan *et al.*, 2001). Ces données sont donc d'une grande importance dans l'élaboration d'interventions centrées sur le client (Sandelowski *et al.*, 2006; Khan *et al.*, 2001). Gelo *et al.* (2008) proposent de considérer les recherches quantitatives et qualitatives comme complémentaires. Elles ont avantage à être intégrées afin de permettre une compréhension plus juste et complète des phénomènes humains. Conséquemment, même si les énoncés du GP s'appuient sur des données probantes de niveau dit "faible", ils sont utiles pour guider le clinicien dans ses décisions.

5.2 SYNTHÈSE DES ÉCRITS ET ÉLABORATION DE LA VERSION PRÉLIMINAIRE DU GP

En raison de la variété des types d'études présentes dans les documents retenus, une synthèse qualitative du contenu a plutôt été adoptée. Diverses méthodologies sont proposées à cet effet (Sandelowski *et al.*, 2006; Arksey et O'Malley, 2005; Beyea et Nicoll, 1998; Whittemore et Knafl, 2005). Puisque la recension utilisée est un "*integrated design*" tel que décrit par Sandelowski *et al.* (2006), ceci implique que les données de la littérature ont été ciblées principalement non pas selon leur devis mais plutôt selon leur potentiel à répondre au but de la recension, c'est-à-dire formuler des recommandations pour la pratique de l'ÉCT.

La méthodologie utilisée pour analyser les données et en tirer des conclusions respecte la plupart des critères de qualité énoncés dans la littérature concernant les méthodes de recensions des écrits de plusieurs types (Beyea et Nicoll, 1998; Whittemore et Knafl, 2005; Burns et Grove, 2009; Kirkevold, 1997). En effet, la méthode utilisée dans la présente étude est qualitative, systématique et décrite de façon explicite. L'interprétation

a fait l'objet d'une vérification externe par les directrices du présent mémoire afin de s'assurer de la justesse des résultats. Des mesures ont été prises pour prévenir l'exclusion de données probantes pertinentes (stratégie de recherche dite "sensible", grille de lecture). Le traitement des données contradictoires est explicite (traitement en fonction de la qualité des études). Les conclusions de la recension sont présentées dans le GP. Les données appuyant la pratique de l'ÉCT sont présentées clairement et la synthèse présentée amène un portrait complet du domaine. Par conséquent, le contenu du GP préliminaire respecte les critères actuels de qualité des recensions des écrits.

5.3 CONSULTATION DE CLINICIENS EXPERTS (groupes de discussion focalisée et entrevues)

Les commentaires des participants de cette étude ont globalement été positifs face à la première version du GP. Tel que décrits dans le chapitre précédent, bon nombre des participants ont trouvé que les recommandations du GP reflétaient une bonne pratique clinique dans le domaine de l'ÉCT. Plusieurs critiques constructives ont également été exprimées. Certains éléments en particulier ont fréquemment fait l'objet de discussion : les recommandations ayant trait à la collaboration interdisciplinaire, le modèle conceptuel utilisé, la recommandation de l'approche dite "*top-down*" et enfin, l'application des recommandations dans un contexte où il y a des agents payeurs.

5.3.1 La collaboration interdisciplinaire

La recommandation 7, qui propose que l'ÉCT soit faite par une équipe interdisciplinaire lorsque le client présente une déficience physique grave, a soulevé des réactions de la part des participants. Leurs réflexions ont permis de reformuler la recommandation. En effet, selon eux, c'est la complexité du tableau clinique qui commande une approche qui soit interdisciplinaire (Loisel *et al.*, 2001). Enfin, la nuance apportée par les experts à la

recommandation suggère que cet aspect devrait être exploré plus en détail par la recherche.

Les commentaires des participants amènent également à préciser la recommandation 8. Celle-ci souligne la nécessité de mettre en place des mécanismes qui facilitent l'implication des membres de l'équipe dans l'ÉCT. Les participants proposent d'inclure des indications sur la nature des comportements attendus des membres de l'équipe interdisciplinaire afin de permettre d'obtenir une ÉCT qui soit complète. La formulation initiale de la recommandation met l'accent sur la communication alors que selon les participants, la communication seule n'assure pas la collaboration entre les membres de l'équipe, d'autres éléments sont nécessaires. Ce qui est exprimé par les participants concorde avec les travaux de D'Amour (1999) sur la collaboration interprofessionnelle. La collaboration interprofessionnelle, c'est-à-dire la mise en commun par les membres de l'équipe de leurs connaissances, leurs compétences et de leur expérience pour donner des services efficaces, est influencée par plusieurs facteurs. Parmi les facteurs facilitant, il y a entre autre, l'établissement de règles de fonctionnement, l'adoption d'un but commun et la prise de conscience des relations d'interdépendance entre les professionnels pour atteindre ce but. Ici encore, les commentaires des participants mettent au jour que ces éléments sont peu abordés dans la littérature spécifique à l'ÉCT.

5.3.2 Le modèle conceptuel

Les participants ont émis des critiques et des commentaires à propos du modèle conceptuel choisi pour le GP.

À la lecture de la recommandation 2 qui énonce que l'ÉCT doit porter sur les trois dimensions du fonctionnement au travail, une grande partie des participants avaient de la difficulté à saisir les concepts du modèle du fonctionnement au travail de Sandqvist et Henriksson (2004). Ils auraient souhaité que le modèle soit plus explicite et qu'il y ait des exemples afin d'en faciliter la compréhension et l'application clinique concrète. Or,

ces commentaires reflètent en partie l'état de développement de ce modèle. En effet, Sandqvist et Henricksson (2004) mentionnent que ce modèle est en construction et que ses concepts doivent être validés. Par conséquent, le malaise des participants est le reflet du manque réel de précision du modèle. En fait, le manque de modèle conceptuel détaillé et complet est un problème de longue date dans le domaine de l'ÉCT en ergothérapie. En effet, Velozo dès 1993 l'avait mentionné dans un article sur les ÉCT. Ainsi, bien que le modèle de Sandqvist et Henricksson (2004) soit une contribution importante à la littérature du domaine, il semble qu'il demeure encore insuffisamment détaillé pour répondre aux besoins des ergothérapeutes cliniciens. Le manque de modèles conceptuels détaillés peut expliquer la grande variabilité des pratiques cliniques constatée en clinique et rapportée par la littérature (Lysaght 1997, Dutil et Vanier, 1998; Strong, 2002).

Dans un autre ordre d'idée, l'adoption d'un modèle dépend également de l'attitude du clinicien face à la nouveauté. Actuellement au Québec, le cadre de référence principalement utilisé par les centres de réadaptation en déficience physique est la Classification du processus de production du handicap (PPH) (RIPPH, 2000). Or, ce cadre de référence n'a pas été retenu par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui a plutôt adopté la Classification internationale du fonctionnement et du handicap (CIF) en 2000. Sandqvist et Henricksson (2004) se sont inspirés de la CIF et ainsi leur modèle correspond mieux à la conceptualisation actuelle du fonctionnement et du handicap. Conséquemment, la CIF et le modèle du fonctionnement au travail de Sandqvist et Henricksson (2004) constituent une innovation pour les milieux de réadaptation québécois. La théorie de la diffusion de l'innovation de Roger (cité dans Davis *et al.*, 2007 et dans Loisel *et al.*, 2005) peut apporter un éclairage intéressant sur la réaction des participants face au modèle. Selon Roger, cinq éléments influencent l'adoption d'une innovation sur le degré selon lequel :

- elle est perçue meilleure que la pratique actuellement utilisée;
- elle est perçue compatible avec les valeurs, l'expérience et les besoins du clinicien;
- elle est perçue comme difficile à comprendre et difficile à utiliser;
- elle peut être testée/essayée et adaptée;
- son adoption est visible par les autres.

Ainsi, ces divers éléments pourraient expliquer les commentaires des participants. Par exemple, si à sa première lecture par les participants, le modèle du fonctionnement au travail est perçu comme difficile à comprendre, qu'il n'apporte pas d'avantage notable comparativement au PPH et qu'il soit, en plus, perçu comme difficilement compatible avec le modèle utilisé par les équipes interdisciplinaires, il est pensable que les ergothérapeutes se soient peu investis à approfondir leur compréhension des concepts de ce modèle. Cette hypothèse est plausible car à plusieurs reprises des participants ont dit apprécier le PPH et ils ont demandés pourquoi celui-ci n'avait pas été utilisé dans le GP au lieu du modèle du fonctionnement au travail. Ces réactions des participants devront donc être considérées lors de l'élaboration de stratégies d'implantation des recommandations du GP dans la pratique clinique des ergothérapeutes.

5.3.3 Réactions à la recommandation de l'approche dite "*top-down*"

Les résultats à la recommandation 5 concernant l'utilisation de l'approche "*top-down*" et ceux de la recommandation 2 ayant trait à ce que l'ÉCT soit complète, c'est-à-dire qui tient compte des trois dimensions du fonctionnement au travail, suggèrent un certain paradoxe des participants. En effet, la recommandation 2 a été adoptée de façon pratiquement unanime de la part des participants. Par contre, la recommandation 5 qui a été conçue en continuité avec la recommandation 2 et qui propose une approche pour justement évaluer les différentes dimensions du fonctionnement au travail, a fait l'objet d'une polémique entre les participants. Plusieurs participants étaient en désaccord avec l'utilisation de l'approche "*top-down*". Plus précisément, ils expliquaient que l'ergothérapeute devait évaluer qu'une seule des dimensions du fonctionnement au travail, à savoir « les capacités de la personne ». Ce paradoxe pourrait s'expliquer selon Vachon (2009), par un écart entre la perception des participants de leur pratique et leur pratique réelle. Par exemple, il y a des ergothérapeutes qui peuvent à la fois être convaincus d'adhérer à une approche biopsychosociale et à la fois analyser des situations cliniques et intervenir selon une approche biomédicale, et ce, sans en être conscients. En effet, la recommandation 2, est assez générale et aucune manière de procéder n'est

suggérée. Ainsi, tant que les éléments sont abordés de façon théorique, il est facile d'y adhérer. Par contre, la recommandation 5 (approche "*top-down*") est plus explicite en ce sens que l'argumentaire expose une séquence des étapes de l'intervention évaluative : l'ergothérapeute doit d'abord discuter de la dimension de «la participation au travail» avec son client puis explorer «la dimension de la performance au travail» par des mises en situations. Par la suite, à partir des problèmes identifiés dans ces deux dimensions, l'ergothérapeute ciblera «les capacités de la personne» qui ont besoin d'être évaluées spécifiquement. Ainsi donc les participants pouvaient confronter leur pratique à ce qui était décrit dans l'argumentaire de la recommandation 5. Alors bien que cette recommandation partage le même concept avec la recommandation 2, à savoir une conception multidimensionnelle du fonctionnement au travail avec laquelle les participants étaient d'accord, elle a tout de même suscité la controverse. Conséquemment, cet élément devra être considéré lors de la planification de l'implantation des recommandations du GP dans la pratique cliniques des ergothérapeutes au Québec.

5.3.4 L'application des recommandations et le contexte des agents payeurs (assureurs)

Bien que les participants ont accueilli favorablement les recommandations contenues dans le GP, ils ont fait part de préoccupations quant aux pressions perçues par les agents payeurs (assureurs) sur leur pratique clinique. Ces pressions sont perçues par les participants comme des obstacles à l'utilisation des données probantes et en particulier à l'adoption d'une approche visant à ce que l'ÉCT soit précoce, continue et complète (recommandations 2 à 10). Plusieurs éléments explicatifs seront abordés ici, à savoir : le contrôle des assureurs sur les services de réadaptation admissibles, l'économie de marché dans lequel pratiquent bon nombre d'ergothérapeutes et finalement, la conceptualisation qu'ont des assureurs d'un lien unique et directe entre la déficience et l'incapacité (Sullivan et Main, 2007; Kontosh, 2000; Gobelet *et al.*, 2007; Strong *et al.*, 2004b; Lysaght et Wright, 2005; Loisel *et al.*, 2001; Perdrix, 2007).

Il est un fait que les assureurs doivent contrôler leurs coûts pour assurer leur viabilité (Sullivan et Main, 2007; Kontosh, 2000). Ils peuvent y parvenir en assistant la personne à récupérer ses capacités le plus rapidement possible par le biais des services de réadaptation (Sullivan et Main, 2007; Gobelet *et al.*, 2007). Souvent, des limites sont mises en place en regard de ce qui est payé comme services de réadaptation (Kontosh, 2000). Ces limites mettent les cliniciens dans une situation éthique délicate où ils doivent parfois choisir entre donner des services en fonction des besoins du client ou en fonction de ce qui est autorisé par l'agent payeur (Kontosh, 2000).

Également, le contexte d'économie de marché dans lequel se passe la dispensation des services a des impacts sur les pratiques reliées à l'ÉCT (cliniques privées qui tentent d'augmenter leur part de marché). En effet, les dispensateurs de services sont souvent en compétition entre eux pour obtenir des références de la part des assureurs (Strong *et al.*, 2004b). Par conséquent, ceci exerce une forte influence sur la pratique des cliniciens car ceux-ci veulent satisfaire les demandes de celui qui paye les services. Par exemple en Ontario, Strong *et al.* (2004b) observent des pratiques de l'ÉCT qui ne tiennent pas compte de l'ensemble des facteurs personnels et environnementaux nécessaires à une bonne compréhension du fonctionnement au travail. Les cliniciens ont une pratique de l'ÉCT qui vise presque uniquement les facteurs personnels physiques malgré que ceci aille à l'encontre de la philosophie et de l'approche préconisée par l'Association Canadienne d'Ergothérapie (ACE, 2002). Aussi aux États-Unis, Lysaght et Wright (2005) ont constaté que malgré des philosophies et des champs professionnels traditionnellement différents, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes en réadaptation au travail offraient des services semblables et ce, avec des approches similaires. Encore ici, l'économie de marché et la restriction de ce qui est payé comme traitement sont nommés comme étant des facteurs influençant la pratique.

De plus, les assureurs peuvent non seulement parvenir à contrôler leurs coûts en payant que certains services de réadaptation mais également en limitant parfois l'accès aux indemnités de remplacement de revenu (Sullivan et Main, 2007). La plupart des assureurs demandent à ce qu'il y ait un lien évident entre l'accident, la lésion et les incapacités ou

entre la maladie et les incapacités afin d'indemniser les personnes qui en ont réellement besoin et pour réduire les situations de fraude. Cette conceptualisation d'un lien direct et unidirectionnel entre la déficience et les incapacités a été rejeté par plusieurs auteurs (Loisel *et al.*, 2001; Perdrix, 2007). En effet, comme discuté précédemment, la déficience n'est pas le principal facteur associé au retour au travail parce que des facteurs personnels et environnementaux peuvent avoir un impact qui soit plus significatif (Corbière *et al.*, 2007; Burger et Marincek, 2007; Sandqvist et Henricksson, 2004). Cependant, en raison de leur lois et règles administratives, les assureurs ne sont pas toujours en mesure d'abandonner la conceptualisation d'un lien direct pour une vision où les facteurs sont multiples et les liens multidirectionnels (Gaudino *et al.*, 2001; Loisel *et al.*, 2005; Perdrix, 2007). Il est donc possible que les ergothérapeutes qui tentent de réaliser une ÉCT qui soit complète se heurtent à cette conceptualisation unidirectionnelle et aux décisions qui sont basées sur celle-ci.

Comme il apparaît que les cliniciens, assureurs et employeurs ne partagent pas toujours les mêmes conceptualisations de l'incapacité et les mêmes impératifs, il peut être facile pour des cliniciens de percevoir certaines actions des assureurs et des employeurs comme étant des obstacles à la réadaptation. Ainsi, la collaboration entre les détenteurs d'enjeux dans un processus de réadaptation au travail peut s'avérer délicate et représente un défi majeur (Loisel *et al.*, 2005). Néanmoins, le travail en partenariat a été documenté comme une stratégie essentielle pour le succès du retour au travail (Durand *et al.*, 2003; Strong 2004a; Loisel, 2001), il est donc proposé aux cliniciens d'être davantage à l'écoute afin mieux comprendre les points de vue des différents partenaires dans l'élaboration et la mise en place des interventions (Loisel *et al.*, 2004). Ceci rejoint l'argumentaire de la recommandation 11 où il est précisé que pour que l'ÉCT soit utile, l'ergothérapeute doit clarifier les objectifs des différents détenteurs d'enjeux face à cette évaluation et ce, dès le départ. D'ailleurs si l'ÉCT ne peut répondre à ces objectifs, l'ergothérapeute doit le communiquer clairement aux détenteurs d'enjeux (Canelon, 1995; Strong *et al.*, 2004a). En effet, comme le processus de retour au travail d'un travailleur blessé présente non seulement un défi pour le travailleur et les professionnels de la santé impliqués, mais également pour son employeur et l'assureur (Loisel *et al.*, 2005; Gobelet *et al.*, 2007), les

ergothérapeutes ont avantage à avoir une vue d'ensemble sur la réalité de la réadaptation au travail et non seulement sur les dimensions cliniques (Allen, 2006; Strong *et al.*, 2003) afin d'avoir un impact sur les décisions prises par les différents détenteurs d'enjeux en cours de processus.

Ces difficultés face aux pressions liées aux assureurs sont rapportées à plusieurs reprises par les participants mais les commentaires en lien avec la recommandation 5 sont particulièrement intéressants. En effet, la recommandation 5 concernant l'utilisation de l'approche "*top-down*" a suscité des points de vue divergeant de la part des participants⁸. Rappelons que certains participants rapportent que cette approche est courante et qu'elle constitue une bonne pratique clinique alors que d'autres rapportent ne pas l'utiliser. Parmi les non utilisateurs, deux groupes se distinguent. Le premier groupe considère que l'ergothérapeute doit répondre aux demandes de l'agent payeur et comme celui-ci est centré sur les capacités, le rôle de l'ergothérapeute doit s'y limiter. Le second groupe tant qu'à lui, considère l'approche "*top-down*" comme tout à fait logique en théorie mais elle demeure un idéal inatteignable dans la réalité en raison des pressions exercées par les agents payeurs et le manque d'accessibilité des milieux de travail.

Les points de vue des participants rappellent les modes de prise de décision des ergothérapeutes décrits par Vachon (2009) dans une étude portant sur l'intégration des données probantes en réadaptation au travail à la pratique clinique par une approche réflexive. Selon cette auteure, ces modes de prise de décision face à des situations cliniques difficiles influencent l'utilisation des données probantes par les ergothérapeutes de même que leur motivation à modifier leur pratique clinique. L'auteur décrit cinq modes de prise de décision: défensif, réprimé, prudent, autonome intuitif, autonome réfléchi.

⁸ L'approche dite "*top-down*" implique que l'ergothérapeute doit d'abord discuter de la dimension de la «participation au travail» avec la personne évaluée, pour ensuite explorer la dimension de la «performance au travail» via des mises en situation. Par la suite, à partir des problèmes identifiés dans ces deux dimensions, l'ergothérapeute ciblera les éléments de la dimension «capacités de la personne» qui ont besoin d'être évalués spécifiquement (Sandqvist et Henricksson, 2004).

Brièvement, l'utilisation du mode dit «défensif» est associée au sentiment d'être menacé et à la volonté de ne pas être blâmé pour un processus de réadaptation qui est perçu comme un échec. La cause de cet échec est souvent attribuée au mandat de l'agent payeur (assureur) qui est jugé trop restrictif. L'ergothérapeute intervient seulement sur les dimensions et les facteurs qui sont permis via des modalités également permises par l'agent payeur. Le mode «réprimé», quant à lui, est associé au sentiment d'impuissance et à l'absence de support venant du milieu de travail de l'ergothérapeute. Celui-ci est perçu rigide et résistant face aux changements nécessaires pour l'utilisation de pratiques basées sur les données probantes. Ces dernières sont perçues comme un idéal impossible à atteindre en raison des attentes et des règles de l'environnement de travail auxquelles l'ergothérapeute doit se conformer. Un autre mode est appelé le mode «prudent». Ici, l'ergothérapeute base principalement son processus décisionnel sur la confiance qu'il a en son expérience mais également sur la peur de se sentir incompetent et de causer du tort à son client. Il ne veut pas commettre d'erreurs et il évite de modifier une pratique avec laquelle il se sent confortable. Les données probantes qui ne sont pas congruentes avec sa pratique habituelle sont donc laissées de côté. Finalement, deux modes dits «autonomes» sont guidés principalement par le désir d'aider le client à surmonter sa situation d'handicap au travail. L'ergothérapeute accorde beaucoup d'importance à la compréhension de la situation d'handicap du client dans toute sa complexité. Il identifie différentes solutions, intuitivement ou de manière réfléchie, puis adapte son intervention selon les résultats obtenus. D'autre part, il ajuste continuellement sa pratique et il est stimulé par le désir de l'améliorer.

Il est donc possible que les commentaires des participants de la présente étude reflètent leur façon personnelle de gérer l'inconfort suscité par les situations cliniques difficiles et peut-être également par la prise de conscience de l'écart entre leur pratique clinique et les données probantes lors de la lecture du GP. Par exemple, les ergothérapeutes qui expliquent qu'ils évaluent une seule des dimensions du fonctionnement au travail (capacités de la personne) parce que c'est ce que souhaite l'agent payeur utilisent possiblement un mode de prise de décision «défensif». Ceux qui expliquent plutôt que l'utilisation de l'approche "*top-down*" est seulement un bel idéal utilisent possiblement le

mode «réprimé». Il est donc plausible que les commentaires de certains participants étaient davantage issus d'une réaction à un inconfort et que leur réflexion sur la pratique clinique en était teintée. Des entrevues individuelles en profondeur suite aux groupes de discussion auraient pu confirmer ou infirmer cette hypothèse et ainsi apporter des éléments intéressants à considérer dans un processus d'implantation des recommandations du GP. Ceci pourrait faire l'objet d'une étude ultérieurement.

Aussi, ces réactions ont pu être exacerbées par le contexte de groupe des entrevues. En effet, ce contexte peut mettre les participants dans une situation où ils se sentent vulnérables en raison de la possibilité d'être jugés par leurs pairs. De fait, de nombreux participants se connaissaient lors de la tenue des groupes en raison du recrutement par boule de neige mais également parce que les ergothérapeutes expérimentés en réadaptation au travail est une population relativement petite.

Cette situation où les participants peuvent se sentir jugés négativement par leurs pairs est une des limites importantes des entrevues de groupe car ceci peut influencer les résultats obtenus. Toutefois, la variété des réponses obtenues concernant la recommandation concernant l'approche "*top-down*" a amené à la garder inchangée dans la version finale du GP, c'est-à-dire conséquente avec la littérature recensée. Dans un autre ordre d'idée, il est plausible que ces réactions se reproduisent lors de l'implantation des recommandations du GP. Ici encore, il faudra en tenir compte.

5.4 VALIDITÉ DE L'ÉTUDE

Tout au long de la discussion, certaines forces et limites de cette étude ont déjà été soulignées. Toutefois, la présente sous-section consiste en une appréciation plus complète de la validité de cette étude.

Afin d'évaluer la validité interne et externe des GP, un groupe d'experts internationaux ont élaboré une liste de 22 critères (The AGREE Collaboration, 2002). L'outil AGREE est présenté à l'annexe I. Ces critères sont regroupés sous cinq dimensions : champ et objectifs du GP, participation des groupes concernés, rigueur d'élaboration du GP, clarté et présentation du GP et applicabilité. La validité de la présente étude sera discutée ici en fonction de ces 22 critères. Par la suite, l'étape de consultation des ergothérapeutes experts (groupes de discussion focalisée et entrevues individuelles) sera examinée plus en détail selon les critères de scientificité utilisés en recherche qualitative.

5.4.1 Validité du GP

Afin d'apprécier la validité d'un GP, une série de dimensions doivent être examinées attentivement, à savoir: le champ et les objectifs du GP, la participation des groupes concernés à l'élaboration du GP, la rigueur d'élaboration du GP, la clarté et la présentation du contenu du GP, l'applicabilité du GP et enfin l'indépendance éditoriale (The AGREE Collaboration, 2002).

Champs et objectifs du GP : La première dimension concerne le champ et les objectifs du GP. Il y a trois critères couverts par ce thème : 1) les objectifs du GP devraient être décrits de façon détaillée; 2) une description détaillée des questions cliniques traitées par le GP devrait être fournie; 3) les patients auxquels le GP doit s'appliquer sont décrits explicitement.

Les critères 1, 2 et 3 sont parfaitement rencontrés dans cette étude. En effet, une attention particulière a été portée à la présentation du GP. Il est apparu important d'identifier clairement et rapidement au lecteur de quoi le GP traite. Ainsi le titre du GP de la présente étude est explicite quant au domaine couvert, à la clientèle et aux utilisateurs cibles. Il est spécifié dans le GP et dans son titre qu'il s'applique aux personnes présentant une déficience physique dans un processus de réadaptation au travail. Dans l'introduction du GP, il est spécifié que le GP a pour but « *d'aider l'ergothérapeute et le client à choisir les stratégies d'évaluation les plus appropriées pour procéder à l'ÉCT* ».

Il est également souligné que les pratiques cliniques actuelles présentent une variabilité importante et que le but ultime du GP est de rehausser la qualité des interventions. Conséquemment, l'utilisateur potentiel est orienté rapidement sur le contenu du document et peut ainsi déterminer son utilité potentielle à répondre à ses questionnements cliniques. Ceci est d'une importance capitale pour que le GP soit utilisé car les cliniciens ont relativement peu de temps à consacrer à la recherche et au triage des données émanant de la recherche. Un écrit qui annonce clairement et rapidement son contenu a vraisemblablement plus de chance d'être retenu pour une lecture par les utilisateurs qu'il cible.

Participation des groupes concernés à l'élaboration du GP : La seconde dimension concerne la participation des groupes concernés à l'élaboration du GP. En clair, cette dimension examine dans quelle mesure les points de vue des utilisateurs potentiels ont été pris en considération. Ce thème est couvert par les critères suivants : 4) le groupe ayant élaboré le GP inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés; 5) les expériences des patients et leurs attentes devraient être prises en compte dans l'élaboration du GP; 6) les utilisateurs cibles du GP sont clairement définis; 7) le GP a été testé auprès des utilisateurs cibles.

Le groupe ayant élaboré le GP, c'est-à-dire l'auteure et les deux directrices de ce mémoire, ont les connaissances et les compétences nécessaires pour l'élaborer. En effet, elles ont toutes les trois une formation de cliniciennes dans le domaine de la réadaptation des personnes présentant une déficience physique (ergothérapeute et physiothérapeute). Aussi, les travaux de recherche des deux directrices de ce mémoire sont dans ce domaine et, entre autre, dans les domaines de l'évaluation des facteurs personnels et des capacités ainsi que de la diffusion des données probantes auprès des cliniciens. Elles sont également toutes les deux professeur titulaire à l'école de réadaptation pour les programmes de maîtrise en ergothérapie et en physiothérapie de l'Université de Sherbrooke. Elles sont donc bien au fait des données actuelles et de la réalité clinique dans le domaine de la réadaptation. Plus précisément, le contenu du GP a été élaboré principalement par l'auteure du présent mémoire qui est une ergothérapeute clinicienne

qui pratique régulièrement des ÉCT de personnes ayant une déficience physique, et ce depuis une dizaine d'années. Étant impliquée également dans le mentorat d'ergothérapeutes dans le domaine et agissant en tant qu'expert en réadaptation au travail pour l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, elle connaît bien la pratique et les questions cliniques qui y sont rencontrées. La décision de mener le présent projet émane d'ailleurs des questions rencontrées et du désir d'y répondre d'une manière scientifique. Pour leur part, les directrices du mémoire ont supervisé toutes les étapes et ont apporté des commentaires selon leurs expertises.

En ce qui concerne l'opinion des patients, la recension des écrits n'a pas répertoriée d'étude portant sur leurs opinions et leurs attentes relativement à l'ÉCT, à l'exception de l'étude de Strong *et al.* (2004a). Ainsi, l'étude de Strong a été utilisée pour prendre en considération les commentaires des personnes ayant eu une ÉCT lors de la rédaction du GP. Toutefois, un plus grand nombre d'études sur cette question aurait permis d'avoir une perspective plus vaste et complète sur le point de vue des principaux intéressés par cette intervention.

Enfin au sujet des critères 6 et 7, comme il a été précisé précédemment, il est clairement identifié dans le GP que les utilisateurs cibles sont les ergothérapeutes œuvrant en réadaptation au travail de la clientèle souffrant d'une déficience physique. Enfin, bien que les commentaires de nombreux ergothérapeutes œuvrant dans le domaine aient été recueillis, le GP n'a pas encore été testé auprès d'ergothérapeutes ayant peu d'expérience. Le recueil de leurs impressions et de leurs commentaires pourrait certainement apporter des éléments intéressants concernant l'accessibilité du contenu du GP pour des débutants dans le domaine.

Rigueur d'élaboration du GP : La troisième dimension à examiner concerne la rigueur d'élaboration du GP. Cette dimension regroupe de nombreux critères : 8) des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques; 9) les critères de sélection des preuves sont clairement décrits; 10) les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites; 11) les bénéfices, les effets secondaires et les

risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations; 12) il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent; 13) le GP a été revu par des experts externes avant sa publication; 14) une procédure d'actualisation du GP est décrite.

D'abord les critères 8, 9, 10 et 12 sont pleinement rencontrés par la présente étude. Comme mentionné précédemment une recherche documentaire systématique, reproductible, considérant tous les types d'études et ce, sur une longue période a permis une couverture assez complète du domaine de l'ÉCT. Les critères de sélection ont été clairement défini tel que mentionné dans le chapitre « Méthode » et la fidélité interjuges lors du triage des documents était excellente ($\geq 92\%$). De plus, la qualité de chacune des études retenues a été évaluée et ce, par deux évaluateurs indépendants afin de réduire le risque d'erreur de jugement. Cette évaluation de la qualité des études a permis d'avoir un regard critique sur les données probantes du domaine de l'ÉCT. D'autre part, la méthode d'analyse du contenu de la littérature respecte des critères de qualités énoncés pour le type de recension retenu tel que discuté précédemment dans la sous-section 5.2 «*Synthèse des écrits et élaboration de la version préliminaire du GP* ». Aussi dans le GP, chaque recommandation est accompagnée d'une synthèse les données de la recension des écrits. De cette façon, le lien entre la recommandation et les données probantes est très clair pour l'utilisateur du GP.

En ce qui a trait aux limites, comme mentionné précédemment, il y a d'abord la restriction de la recension aux écrits de langue anglaise et française. Ceci a possiblement induit un biais de sélection. Sur le plan de l'évaluation de la qualité des études, bien que les grilles d'évaluation aient été développées et utilisées avec un souci de rigueur, le manque de connaissance sur la fiabilité et la validité des grilles utilisées limite l'inférence des résultats obtenus.

Le critère 11, concernant la considération des bénéfices, effets secondaires et risque pour la santé est également rencontré. D'abord, la première recommandation du GP concerne directement la préservation de la sécurité de la personne évaluée. Aussi, les limites des ÉCT, dont les ÉCF en particulier, sont soulignées dans le GP de même que la nécessité

d'être très clair là-dessus lors des discussions avec les détenteurs d'enjeux et dans les rapports d'évaluation. Enfin, l'importance de la rigueur lors du processus d'évaluation et l'impact des résultats de l'évaluation sur la santé et la qualité de vie des personnes évaluées sont également abordés.

Le critère 13 est également assez bien rencontré. En effet, de nombreux ergothérapeutes experts ont été consultés via des groupes de discussion focalisée ce qui a permis de répertorier une variété d'opinions sur le GP.

En ce qui a trait au critère 14, la procédure d'actualisation n'est pas identifiée dans le GP et demeure à être planifiée.

La clarté et la présentation du contenu du GP : La quatrième dimension concerne la clarté et la présentation du contenu du GP. Encore ici, plusieurs critères sont énoncés : 15) les recommandations sont précises et sans ambiguïté, 16) les différentes options pour la prise en charge de la situation clinique sont clairement présentées, 17) les recommandations clés sont facilement identifiables et 18) le GP est accompagné d'outils permettant son application.

Le critère 15 est très bien rencontré. En effet, à quelques exceptions près, les participants ont jugé les recommandations claires. Celles qui posaient problème ont été reformulées selon les suggestions des participants. Toutefois, les participants ont souligné un besoin d'avoir en main des listes d'outils de qualité et des exemples concrets des procédures à utiliser pour réaliser les évaluations. Malheureusement, l'état de la recherche actuelle dans le domaine ne permet pas d'élaborer des recommandations très précises sur le plan opérationnel. Par exemple, il n'y a pas de consensus sur des méthodes à utiliser et sur les éléments à inclure dans l'ÉCT (Innes et Straker, 1998b; 2003a; Durand *et al.*, 2008).

Les critères 16, 17 et 18 sont très bien rencontrés. En effet, les différentes options en termes de type d'ÉCT à utiliser selon les objectifs, les dimensions du fonctionnement au travail de même que selon les contraintes en présence sont présentées clairement dans

l'argumentaire de la recommandation 13. De même, les recommandations du GP sont facilement identifiables. Elles sont toutes encadrées tout au long du texte. De plus, un tableau les regroupant est disponible en fin du GP. Des figures et des tableaux, un arbre décisionnel ainsi qu'une vignette clinique facilitent la compréhension, l'intégration et l'utilisation du contenu du GP.

Applicabilité du GP : La cinquième dimension concerne l'applicabilité du GP, c'est-à-dire si l'élaboration des recommandations pour la pratique clinique a tenu compte des conséquences de leur utilisation en termes d'organisation des services, des changements d'attitudes ou encore en termes de coût. Les critères se regroupant sous cette dimension concernent les barrières organisationnelles à l'application des recommandations cliniques (critère 19), l'impact économique de l'application des recommandations (critère 20) et la présence de critères permettant le suivi de l'adhésion aux recommandations et/ou la réalisation d'audit (critère 21).

Le critère 19 est partiellement rencontré. Les commentaires des participants ont permis d'identifier quelques obstacles potentiels à l'implantation des recommandations. Ils ont souligné que la pratique de l'ÉCT basée sur des données probantes est un défi en raison de la multitude de détenteurs d'enjeux et des contraintes qui s'en suivent. Plusieurs des ergothérapeutes consultés rapportent face à des situations difficiles sur le plan clinique et sur le plan éthique. Toutefois, ceci ne faisait pas partie de l'objectif de la présente étude. Les barrières organisationnelles seront explorées lors d'une étape ultérieure du projet, soit lors de la consultation de coordonnateurs cliniques et de conseillers en réadaptation pour obtenir leur avis sur l'applicabilité des recommandations. Ceci pourra donner des indications générales sur les obstacles potentiels qui seront utiles pour les décideurs et gestionnaires des services de santé. Ultimement, les barrières organisationnelles d'un milieu clinique en particulier seront déterminées dans une démarche d'implantation spécifique à ce milieu (Davis *et al*, 2007; The Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2006).

Le critère 20 concerne l'impact économique de l'application des recommandations. Ceci n'a pas été examiné dans le cadre de cette étude. Néanmoins, un des argumentaires du GP souligne le coût important d'une ÉCT et la recommandation suggère au clinicien d'être attentif à cet élément lors du choix des modalités d'évaluation.

Le critère 21, concernant la proposition de critères permettant le suivi de l'adhésion aux recommandations et/ou la réalisation d'audit, n'est pas rencontré dans la version actuelle du GP. Comme mentionné précédemment, les données de la recension ne permettent d'élaborer des recommandations précises sur le plan opérationnel, il n'est donc pas possible d'élaborer des critères mesurables. Toutefois, les caractéristiques d'excellence (ex. : l'ÉCT doit être complète, l'ÉCT doit être continue, etc...), peuvent guider les ergothérapeutes dans l'évaluation de leur pratique clinique en fournissant des thèmes pour nourrir leur réflexion.

L'indépendance éditoriale : Enfin la sixième dimension à la validité du GP concerne l'indépendance éditoriale du groupe qui a procédé à son élaboration. Plus précisément, les possibles conflits d'intérêts ont été identifiés. Les deux critères suivants doivent être satisfaits : 22) la rédaction du GP est indépendante des organismes de financement et 23) les conflits d'intérêts des membres du groupe ayant élaboré le GP ont été documentés.

Le développement du GP a été supporté en partie par divers organismes à but non lucratifs: le REPAR, l'IRSST, le Centre de réadaptation Estrie, le CAPRIT, le Centre de recherche sur le vieillissement. L'aide apportée, que ce soit de nature matérielle ou financière n'était pas conditionnelle à un format ou un contenu en particulier ou devant être en lien avec des agendas particuliers de ces organismes ou encore, en lien avec des intérêts privés. Les opinions et les intérêts de ces organismes n'ont pas influencé les recommandations du GP, ceux-ci n'ayant pas participé au processus.

En ce qui concerne le critère 23, il ne s'applique pas ici étant donné que cette étude a été effectuée dans le cadre du programme de formation universitaire de 2ième cycle de l'auteure principale du GP.

En somme, la grande majorité des critères de qualité d'un GP proposé par AGREE sont rencontrés dans cette étude. Ceci permet de conclure à une validité interne excellente et une validité externe du GP qui semble prometteuse à ce stade-ci de la recherche. Les avenues de recherche futures concernant la validité externe du GP sont abordées à la section 5.3.6.3 un peu plus loin dans ce chapitre.

Étant donné la visée académique d'un mémoire, les critères d'AGREE sont insuffisamment détaillés pour discuter de la validité de la méthode de consultation des experts. La prochaine sous-section examinera ceci selon les critères de scientificité utilisés en recherche qualitative.

5.4.2 Crédibilité et transférabilité de la consultation auprès des cliniciens experts

La recherche qualitative se doit de maintenir un haut niveau de rigueur scientifique afin de s'assurer de la pertinence des résultats obtenus. Toutefois, le vocabulaire ainsi que les méthodes utilisées diffèrent de ceux auxquels ont recours les approches quantitatives. Ainsi, la validité interne de l'étude s'évalue en termes de crédibilité et de fiabilité. Alors que le premier critère vise à s'assurer que les résultats sont pertinents et qu'ils correspondent à la réalité (Poupart *et al.*, 1997), le deuxième a pour objectif d'éliminer l'effet de circonstances accidentelles ou exceptionnelles dans un souci de stabilité et de cohérence des interprétations (Sandelowski, 1986). Pour ce qui est de la validité externe, la recherche qualitative ne vise aucunement une généralisation des données. Il est plutôt question de transférabilité du résultat obtenu à d'autres contextes similaires (Poupart *et al.*, 1997; Lincoln et Guba, 1985). Il est donc essentiel d'être en mesure d'identifier de tels contextes à partir de celui dans lequel l'étude est réalisée. Enfin, le respect des critères de scientificité dans la réalisation d'un projet de recherche permet ultimement de mener une vérification du processus lors d'un audit, cette possibilité ajoutant du même coup de la valeur au projet de recherche (Poupart *et al.*, 1997).

La crédibilité de cette étape de l'étude est appuyée par l'expertise des participants aux entrevues et la confrontation de leurs opinions d'expert à l'état des connaissances scientifiques actuelles. Toutefois, les ergothérapeutes consultés ont rapporté faire face à des situations difficiles sur le plan clinique et éthique. Comme mentionné précédemment, les commentaires des participants ont probablement été teintés par cette réalité et leur façon personnelle d'y faire face. D'autre part, le contexte de groupe a pu mettre certains participants dans une situation où ils se sentent vulnérables en raison de la possibilité d'être jugés par leurs pairs. Ceci a pu influencer leurs propos (p. ex. : s'abstenir d'émettre une opinion perçue comme divergente à celle du groupe).

La fiabilité de cette étape de l'étude est assurée par le fait d'avoir mené plusieurs entrevues de groupe de même que des entrevues individuelles ce qui a permis de trianguler les données émergentes pour identifier la concordance entre les données et également pour expliquer les divergences. Aussi pour faciliter la reproduction de l'analyse ou l'évaluation de celle-ci, les entrevues ont été enregistrées et retranscrites.

La transférabilité des résultats de cette étude s'appuie sur la diversité des milieux de pratique (géographique et organisationnelle) des participants. Toutefois, celle-ci est possiblement limitée au Québec en raison des législations et cadres qui diffèrent avec les autres provinces du Canada et les autres pays en matière de gestion des incapacités des travailleurs mais également en ce qui concerne les pratiques professionnelles des ergothérapeutes.

5.5 RETOMBÉES

Les retombées potentielles de cette étude sont nombreuses, tant sur les plans clinique, administratif et scientifique.

5.5.1 Retombées cliniques

Les retombées potentielles sur le plan clinique peuvent toucher les cliniciens et les travailleurs.

Pour les cliniciens : La principale retombée visée par ce projet c'est, bien entendu, de donner aux ergothérapeutes non seulement une source d'information fiable et accessible sur les connaissances actuelles en ÉCT mais en plus, des recommandations pour guider leur pratique clinique. Ainsi les ergothérapeutes pourront intégrer les données scientifiques dans leur raisonnement clinique.

Bien que le GP ne présente pas des critères mesurables pour permettre un audit, son contenu est tout de même suffisamment explicite pour permettre aux ergothérapeutes de comparer leur pratique actuelle à celle recommandée et ainsi les guider vers l'élaboration d'objectifs de développement professionnel.

Le GP peut également aider les ergothérapeutes à faire face aux pressions de certains assureurs ou employeurs en les validant sur la pertinence de leurs interventions et également en leur donnant des arguments solides pour négocier des conditions favorables à l'accomplissement de bonnes ÉCT.

Le GP peut également être un outil complémentaire d'enseignement dans le cadre de mentorat ou de stage en ergothérapie dans le domaine de la réadaptation au travail. De même, il peut être une référence utile dans le cadre de certains cours dans la formation universitaire des futurs ergothérapeutes.

Finalement, le GP servira de base pour élaborer une formation continue sur l'ÉCT à l'intention des ergothérapeutes. Les formations dans le domaine étant très rares, ceci remplira certainement un besoin chez les cliniciens.

Pour les travailleurs : L'utilisation du GP par les ergothérapeutes permettra de meilleures ÉCT, donc une meilleure qualité de services. Des résultats et des recommandations plus justes sont d'une grande utilité pour orienter correctement la réadaptation et assurer un retour au travail sécuritaire et durable. Alors avec une meilleure évaluation, il est possible que l'absence du travail soit plus courte car les interventions seront mieux ciblées. De même, le taux de retour au travail ou du maintien au travail pourrait être amélioré car avec l'approche systémique recommandée dans le GP, toutes les possibilités d'adaptation sont envisagées et tous les détenteurs d'enjeux sont invités à prendre part au processus. Aussi, il est probable qu'avec une meilleure évaluation de la concordance entre le travailleur et son travail, les risques de blessures ou de rechutes soient diminués lors du retour au travail.

Finalement, des ÉCT plus justes et plus complètes pourraient aider les travailleurs blessés ou malades à accéder plus facilement à des services de réadaptation, à des adaptations de poste de travail ou à des services de réorientation professionnelle.

5.5.2 Retombées administratives

Pour les décideurs et les organismes qui encadrent les soins de santé, le GP peut servir de guide pour développer des standards de pratique dans le domaine de l'ÉCT. Le GP pourrait être une référence utile pour l'Ordre des ergothérapeutes du Québec afin de définir clairement le secteur d'activité de l'ÉCT et les pratiques professionnelles attendues. Le GP peut également servir à supporter les programmations des services d'ÉCT et de réadaptation au travail dans les centres de réadaptation en déficience physique.

Pour les assureurs, cette étude peut susciter des discussions sur divers aspects de la réadaptation : la pertinence de changer la conceptualisation actuelle du lien direct et unidirectionnel entre la maladie ou la blessure et l'incapacité au travail, l'ajustement des couvertures d'assurance au besoin réel d'une ÉCT qui soit complète et juste, la

participation de l'employeur, l'utilisation des services de placement pour réaliser des ÉCT dans des milieux de travail lors qu'il n'y a pas d'employeur au dossier et les interventions de réadaptation en milieu réel de travail, ou encore, la pertinence de l'ÉCT comme outil complémentaire à l'expertise médicale pour déterminer le retour au travail ou l'invalidité.

5.5.3 Retombées scientifiques

Cette sous-section exposera d'abord en quoi cette étude ajoute à la littérature scientifique actuelle puis suggérera des avenues de recherche à explorer.

Ajout aux connaissances actuelles du domaine de l'ÉCT : D'abord, cette étude a permis de synthétiser en un tout organisé et cohérent les connaissances actuelles touchant l'ÉCT. Elle a permis également de poser un regard critique sur l'état des connaissances actuelles du domaine.

Cette étude a permis également de tester les méthodes proposées pour le développement des guides de pratique, principalement destinées au domaine médical et infirmier, au domaine de la réadaptation et d'en dégager quelques constats.

Suggestion pour de futures recherches : Cette étude soulève de nouvelles questions dans le domaine du développement des GP et propose également des suites pour améliorer la qualité du GP produit ici.

D'abord, sur le plan de la recension des données lors de l'élaboration d'un GP, il apparaît utile d'étudier s'il y a une différence dans la formulation des recommandations pour la pratique clinique selon si la méthode utilisée est "sensible" ou plus "spécifique". En effet, la question de la nécessité de l'exhaustivité se pose étant donné les immenses ressources requises pour y parvenir. Cette question doit également être posée spécifiquement au domaine de la réadaptation en raison des index de bases de données qui sont construits

surtout autour des diagnostics et des traitements médicaux. Conséquemment, ceci complique la recherche sur des mots-clés ou thèmes différents. Il serait donc important de savoir si les méthodes de recensions "sensibles" sont un mal nécessaire ou bien un gaspillage de ressources.

Aussi, sur l'évaluation de la qualité scientifique des écrits, il apparaît nécessaire de poursuivre les recherches pour développer et valider les méthodes et les instruments d'évaluation. Ceci vaut pour l'évaluation de la qualité des études quantitatives mais également pour des études qualitatives et mixtes.

Plus spécifiquement à l'ÉCT, des travaux demeurent à faire pour élaborer un modèle conceptuel ou compléter celui du fonctionnement au travail de Sandqvist et Henricksson (2004) afin qu'il soit suffisamment détaillé pour être utile aux cliniciens. Dans un ordre d'idée similaire, il serait utile d'atteindre un consensus sur les éléments à inclure dans une ÉCT. De même, l'efficacité réelle de l'approche d'évaluation dite "*top-down*" en terme de coût et de qualité des résultats obtenus aurait avantage à être étudiée. Ceci pourrait guider plus sûrement les cliniciens mais également les établissements de réadaptation et les assureurs dans le choix des meilleures approches d'ÉCT. Aussi, l'avis des travailleurs qui subissent des ÉCT mérite d'être exploré (p. ex. : utilité perçue de l'ÉCT). L'étude de Strong *et al.* (2004a) apporte des résultats très intéressants sur les propos des travailleurs ontariens souffrant de problèmes musculo-squelettiques à propos des ÉCF. Il serait toutefois utile de connaître l'avis de d'autres populations, comme par exemple, les personnes présentant des lésions médullaires ou encore celles présentant une atteinte craniocérébrale. De grands thèmes pourraient certainement émerger et constituer des éléments importants à considérer lors de la conception d'approches et d'outils.

Les auteurs ont des points de vue différents à propos du moment où un GP doit être révisé. Dans le domaine médical où l'évolution des connaissances est rapide, des délais de 1 à 4 ans sont proposés (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007; Davis *et al.*, 2007; The Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004; National Health and Medical Research Council, 1999). Toutefois, étant donné que la recherche en

ergothérapie est moins florissante qu'en médecine, il serait raisonnable de penser qu'une mise à jour pourrait être faite 5 ans après la première recension des écrits, soit vers 2013. Évidemment, si des études importantes remettaient en question les données actuelles du domaine avant cette date, idéalement le GP devrait être mis à jour à ce moment.

Les commentaires des participants de la présente étude ont été précieux pour minimiser les obstacles potentiels d'implantation qui seraient liés au GP en lui-même (clarté, pertinence, etc). Toutefois, d'autres étapes seront nécessaires pour augmenter la qualité du GP, notamment la validation du contenu des recommandations par des experts via une méthode consensuelle formelle (méthode Delphi) et ainsi minimiser les biais liés aux entrevues de groupe. Ceci augmenterait davantage la crédibilité du GP (National Institute for Health and Clinical Excellence 2007; Davis *et al.*, 2007; Haute Autorité de Santé, 2006; Murphy *et al.*, 1998).

Les écrits concernant l'implantation des guides de pratiques font état des différents obstacles à l'intégration des recommandations dans la pratique des cliniciens (The Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2006; Davis *et al.*, 2007; Grol et Grimshaw, 2003; Francke *et al.*, 2008; Saillour-Glenisson et Michel, 2003). Les différents obstacles rapportés par les participants font écho aux écrits: obstacles internes (liées au GP en lui-même), obstacles externes (caractéristiques des cliniciens, des clients et de l'environnement physique, social, légal, économique, politique, etc.). Conséquemment, il apparaît que la simple dissémination du GP n'assurera pas l'implantation des recommandations dans la pratique clinique des ergothérapeutes. Afin de réussir, une implantation éventuelle devra tenir compte des différents obstacles et utiliser une combinaison de stratégies judicieusement choisies (The Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2006; Davis *et al.*, 2007; National Health and Medical Research Council (1999); Loisel *et al.*, 2005; Grol et Grimshaw, 2003; Francke *et al.*, 2008). La consultation de détenteurs d'enjeux tels que des coordonnateurs cliniques (responsables des équipes interdisciplinaires en centre de réadaptation) et des conseillers en réadaptation (représentant des agents payeurs/assureurs) sur le contenu du GP permettrait d'approfondir la connaissance des obstacles potentiels à l'implantation de ce GP dans le

processus de réadaptation au travail. Ceci permettrait d'apporter certaines précisions au GP et en préparer l'implantation.

Aussi dans le cadre d'une implantation des recommandations du GP dans des milieux cliniques, il serait intéressant d'étudier les impacts sur les résultats cliniques, de même que sur les impacts économiques afin de vérifier si les retombées souhaitées sont au rendez-vous et dans quelle magnitude afin de guider les décisions des gestionnaires de services de réadaptation.

Enfin, il serait éventuellement nécessaire de traduire le GP en anglais et de valider les recommandations dans d'autres provinces canadiennes et d'autres pays afin de disséminer à plus large échelle les résultats et les retombées potentielles de cette recherche.

CONCLUSION

Le travail est d'une grande importance dans la vie adulte. Conséquemment, lors de l'apparition d'une déficience physique, le maintien ou la reprise du rôle de travailleur fait partie des objectifs principaux de la réadaptation. L'ÉCT est donc une pratique professionnelle courante pour l'ergothérapeute œuvrant en réadaptation. Or, cette pratique démontre une variabilité importante.

Afin de fournir aux ergothérapeutes québécois un outil leur permettant de rehausser la qualité de leur pratique clinique, la présente étude visait l'élaboration d'un guide de pratique sur l'ÉCT des personnes présentant une déficience physique. Le GP actuel est le premier du domaine de l'ÉCT à être global et à être élaboré de façon systématique.

Le GP présente aux cliniciens et aux chercheurs une synthèse des connaissances actuelles du domaine. La recension des écrits réalisée met en lumière un niveau d'évidence scientifique relativement bas. En effet, les études rapportent principalement comment les ergothérapeutes perçoivent et décrivent la pratique de l'ÉCT. Conséquemment le GP est basé surtout sur des connaissances pragmatiques. D'ailleurs, plusieurs auteurs soulignent les limites des outils et des approches d'évaluation actuels ainsi que la nécessité d'adopter un modèle conceptuel systémique pour évaluer le fonctionnement au travail. Ainsi, pour répondre à cette lacune, le présent GP intègre un modèle conceptuel du fonctionnement au travail qui repose sur une multitude de facteurs liés à la personne et à son environnement. En plus, la recension systématique (ou intégrative) des écrits faite dans le cadre de cette étude a permis de mettre en lumière la nécessité de poursuivre la recherche afin de dépasser le stade de la description du fonctionnement au travail pour en arriver à expliquer ses différents éléments. Ceci permettra le développement d'outils et d'approches de l'ÉCT qui soient de meilleure qualité.

REMERCIEMENTS

D'abord je tiens à remercier les ergothérapeutes qui ont accepté de participer à cette étude. La générosité dont ils ont fait preuve dans le partage de leur expertise a permis la production d'un guide de pratique extrêmement utile et bien ancré dans la réalité clinique des ergothérapeutes du Québec. Merci beaucoup!

Je remercie aussi chaleureusement madame Mireille Lapierre, bibliothécaire à l'Université de Sherbrooke, qui m'a si gentiment guidée dans l'élaboration des stratégies de recherche pour chacune des banques de données et dans la gestion de milliers de références bibliographiques.

Un grand merci également à mesdames Marie-Christine Richard et Valérie Tremblay-Boudreault, agentes de recherche, qui m'ont aidé dans la tâche colossale de tri et d'analyse des données scientifiques qui ont émergées des banques de données. Sans elles, je pense que j'y serais encore...

J'offre toute ma reconnaissance également aux autres étudiants en sciences cliniques qui ont croisé ma route et avec qui j'ai pu partager les étonnements, les doutes, les frustrations mais aussi les victoires et les joies des études supérieures. Je veux remercier tout particulièrement madame Manon Guay, monsieur Geoffroy Hubert et madame Catherine Drouin qui m'ont marqué plus personnellement.

Ma reconnaissance va également à mes amis, notamment Marie-Ève Langlais, Guylaine Lachapelle, Simon Leclerc et Nolwenn Lefebvre qui m'ont supporté tout au long de ma maîtrise, apportant judicieusement écoute, encouragements et «poussées au derrière» selon le besoin et les circonstances. Votre amitié est précieuse. Merci!

Je tiens à remercier les organismes qui ont appuyé ce projet d'une façon tangible. D'abord merci à l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail

(IRSST), ainsi qu'à la Chaire de recherche en réadaptation au travail (Fondation J.-Armand Bombardier – Pratt & Whitney Canada) pour les bourses d'étude. Merci au Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR) et à l'IRSST pour la généreuse subvention à ce projet de recherche. Merci également au Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT) et au Centre de recherche sur le vieillissement qui ont généreusement prêté des bureaux et les outils nécessaires au travail des agentes de recherche. Merci à mon employeur, le Centre de réadaptation Estrie pour le support matériel offert tout au long de ce projet et également pour sa grande flexibilité et compréhension pour toutes mes demandes de congé!

Enfin, je tiens à remercier mes directrices, mesdames Marie-José Durand et Hélène Corriveau pour m'avoir initiée à la recherche, m'avoir poussée à me dépasser mais aussi pour avoir été compréhensives lorsque ma vie personnelle m'a imposé de dures épreuves. Toutes les deux vous m'avez marquée, autant professionnellement que personnellement. Merci pour votre générosité.

RÉFÉRENCES

Abdel-Moty, E., Compton, R., Steele-Rosomoff, R., Rosomoff, H., & Khalil, T. (1996). Process analysis of functional capacity assessment. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation* , pp. 223-236.

Allen, S., Carlson, G., Ownsworth, T., & Strong, J. (2006). A framework for systematically improving occupational therapy expert opinions on work capacity. *Australian Occupational Therapy Journal* , 53, pp. 293-301.

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *Int. J. Social Research Methodology* , 8 (1), pp. 19-32.

Beaucage, C., & Bonnier Viger, Y. (1996). *Épidémiologie appliquée. Une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur ltée.

Beyea, S., & Nicoll, L. (1998). Writing an integrative review. *Association of Operating Room Nurses Journal* , 67 (4).

Bootes, K., & Chapparo, C. (2002). Cognitive and behavioural assessment of people with traumatic brain injury in the work place: Occupational therapists' perceptions. *Work* , 19, pp. 255-268.

Burger, H., & Marincek, C. (2007). Return to work after low limb amputation. *Disability and Rehabilitation* , 29 (17), pp. 1323-1329.

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. St-Louis: Sauders Elsevier.

Canadian Association of Occupational Therapists. (2002). *Enabling Occupation. An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa: CAOT Publications.

Canelon, M. (1995). Job Site Analysis Facilitates Work Reintegration. *The American Journal Of Occupational Therapy* , 49 (5), pp. 461-467.

Cesario, S., Morin, K., & Santa-Donato, A. (2002). Evaluating the Level of Evidence of Qualitative Research. *JOGNN* , 31 (6), pp. 708-714.

Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (2005). *Savoir préparer une recherche: La définir, la structurer, la financer*. Montréal: Gaëtan morin éditeur.

Cook, D. J., Greengold, N. L., Ellrodt, A. G. Weingarten, S. R. (1997). The relation between Systematic Reviews and Practice Guidelines. *Annals of Internal Medicine*, 127 (3), pp. 210-216.

- Corbière, M., Sullivan, M., Stanish, W. D., & Adams, H. (2007). Pain and depression in injured workers and their return to work: A longitudinal study. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 39 (1), pp. 23-31.
- Costa-Black, K., Durand, M.-J., Imbeau, D., Baril, R., & Loisel, P. (2007). Interdisciplinair team discussion on work environment issues related to low back disability: A multiple case study. *Work*, 28, pp. 249-265.
- Cotton, A., Schonstein, E., & Adams, R. (2006). Use of functional Capacity Evaluations by rehabilitation providers in NSW. *Work*, 26 (3), pp. 287-295.
- Cromwell, F. S. (1985). Work-Related Programming in Occupational Therapy: Its Roots, Course and Prognosis. *Occupational Therapy in Health Care*, 2 (4).
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Montréal.
- Davis, D., Goldman, J., & Palma, V. A. (2007). *Handbook on Clinical Practice Guidelines*. Ottawa: Association médicale canadienne.
- Durand, M.-J., Loisel, P., & Durand, P. (1998). Le Retour Thérapeutique au Travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail: description et fondements théoriques. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65 (1), pp. 72-80.
- Durand, M.-J., Vachon, B., Loisel, P., & Berthelette, D. (2003). Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. *Work*, 21, pp. 233-242.
- Durand, M.-J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M.-C., & Ngomo, S. (2008). *La marge de manoeuvre de travailleurs pendant et après un programme de retour progressif au travail. Définition et relations avec le retour à l'emploi*. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Durand, M.-J., Vézina N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M. C., Ngomo, S. (2009). Margin of Manoeuvre Indicators in the Workplace During the Rehabilitation Process: A Qualitative Analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19, pp. 194-202.
- Dutil, E., & Vanier, M. (1998). *Évaluation fonctionnelle des capacités de travail: rapport final. Équipe trauma*. Société de l'assurance automobile du Québec et Fond de la recherche en santé du Québec.
- Eakin, J. M., & Mykhalovskiy, E. (2003). Reframing the evaluation of qualitative health research: reflexions on a review of appraisal guidelines in the health sciences. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 9 (2), pp. 187-194.
- Eldar, R. (2000). A conceptual proposal for the study of quality of rehabilitation care. *Disability and rehabilitation*, 22 (4), pp. 163-169.

- Fervers, B., Blanc-Vincent, M. P., Theobald, S., Bataillard, A., Farsi, F., Gory, G., et al. (2001). SOR: project methodology. *British Journal of Cancer* , 84 (Supplement 2), pp. 8-16.
- Fisher, A. G., & Short-DeGraff, M. (1993). Improving Functional Assessment in Occupational Therapy: Recommendations and Philosophy for Change. *American Journal of Occupational Therapy* , 47 (3), pp. 199-201.
- Fitch, K., Bernstein, S. J., Aguilar, M. S., Burnand, B., LaCalle, J. R., Lazaro, P., et al. (2001). *The RAND/UCLA Appropriateness Method. User's manual*. Consulté le septembre 2007, sur http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269/
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Francke, A. L., Smit, M. C., de Veer, A. J., & Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making* , 8 (38).
- Gaudino, E. A., Matheson, L. N., & Mael, F. A. (2001). Development of the Functional Assessment Taxonomy. *Journal of Occupational Rehabilitation* , 11 (3), pp. 155-175.
- Gauthier, B. (2003). *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Gelo, O., Braakmann, D., & Benetka, G. (2008). Quantitative and qualitative research: Beyond the debate. *Integrative Psychological and behavioral Science* , 42, pp. 266-290.
- Gibson, L., & Strong, J. (2003). A conceptual framework of functional capacity evaluation for occupational therapy in work rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal* , 50, pp. 64-71.
- Gobelet, C., Luthi, F., Al-Khodairy, A. T., & Chamberlain, M. A. (2007). Vocational rehabilitation: A multidisciplinary intervention. *Disability and Rehabilitation* , 29 (17), pp. 1405-1410.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., Robinson, N. (2006). Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? *The Journal of Continuing Education in Health Profession*, 26, pp. 13-24
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet* , 362, pp. 1226-1230.
- Gross, D. (2004). Measurement Properties of Performance-Based Assessment of Functional Capacity. *Journal of Occupational Rehabilitation* , 14 (3), pp. 165-174.
- Gutman, S. A. (1997). Occupational Therapy's Link to Vocational Reeducation, 1910-1925. *The American Journal of Occupational Therapy* , 51 (10), pp. 907-915.

Hart, D., Isernhagen, S., & Matheson, L. (1993). Guidelines for Functional Capacity Evaluation of People With Medical Conditions. *JOSP*, 18 (6), pp. 682-686.

Harvey-Krefting, L. (s.d.). The Concept of Work in Occupational Therapy: A Historical Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 39 (5), pp. 301-307.

Haute Autorité de Santé. (2006, janvier). *Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé*. Consulté en novembre 2006, sur <http://www.has-santé.fr>

Higgins, J., & Green, S. (2006). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.6 [updated September 2006]*. Consulté le 2007, sur The Cochrane Collaboration: <http://www.cochrane.org/resources/handbook/hbook.htm>

Innes, E., & Straker, L. (1999a). Reliability of work-related assessments. *Work*, 13, pp. 107-124.

Innes, E., & Straker, L. (1998a). A clinician's guide to work-related assessment: 1-Purposes and problems. *Work*, 11 (2), pp. 183-189.

Innes, E., & Straker, L. (1998b). A clinician's guide to work-related assessment: 2-Design problems. *Work*, 11 (2), pp. 191-206.

Innes, E., & Straker, L. (1998c). A clinician's guide to work-related assessment: 3-Administration and interpretation problems. *Work*, 11 (2), pp. 207-219.

Innes, E., & Straker, L. (2003b). Attributes of excellence in work-related assessments. *Work*, 20, pp. 63-76.

Innes, E., & Straker, L. (2002b). Strategies used when conducting work-related assessments. *Work*, 19, pp. 149-165.

Innes, E., & Straker, L. (1999b). Validity of work-related assessments. *Work*, 13, pp. 125-152.

Innes, E., & Straker, L. (2003a). Workplace assessments and functional capacity evaluations: Current beliefs of therapists in Australia. *Work*, 20, pp. 225-236.

Innes, E., & Straker, L. (2002a). Workplace assessments and functional capacity evaluations: Current practices of therapists in Australia. *Work*, 18, pp. 51-66.

Institut de recherche en santé du Canada. *À propos de l'application des connaissances aux IRSC*. Consulté en juin 2012 sur <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/39033.html>.

Khan, K. S., ter Riet, G., Glanville, J., Sowden, A. J., & Kleijnen, J. (2001). *Undertaking Systematic Review of Research on Effectiveness - CRD's Guidance for those Carrying Out or Commissioning Reviews*. University of York, NHS Centre for Reviews and Dissemination. York: York Publishing Services Ltd.

Kielhofner, G. (1985). *A Model of Human Occupation - Theory and Application*. Baltimore: Williams and Wilkins.

- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation. Theory and application*. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.
- King, P., Tuckwell, N., & Barrett, T. (1998). A Critical Review of Functional Capacity Evaluations. *Physical Therapy*, 78 (8).
- Kirkevold, M. (1997). Integrative nursing research - an important strategy to further the development of nursing science and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25, pp. 977-984.
- Kontosh, L. G. (2000). Ethical Rehabilitation Counselling in a managed-care environment. *Journal of Rehabilitation*, 66 (2), pp. 9-13.
- Krueger, R., & Casey, M. (2000). *Focus groups. Third Edition*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lacerte, M., & Wright, G. (1992). Return to work determination. *Physical Medicine and Rehabilitation: State of the Art Reviews*, 6 (2), pp. 283-302.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Steward, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63 (1), pp. 9-23.
- Liddle, J., Williamson, M., & Irwig, L. (1996, décembre). Consulté le septembre 6, 2007, sur http://www.health.nsw.gov.au/public_health
- Limoges, J., Lemaire, R., & Dodier, F. (1987). *Trouver son travail*. St-Laurent: Fides.
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., van Tulder, M., et al. (2005). Prevention of Work Disability due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of Implementing Evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15 (4), pp. 507-524.
- Loisel, P., Durand, M.-J., Baril, R., Langley, A., & Falardeau, M. (2004). *Décider pour faciliter le retour au travail: étude exploratoire sur les dimensions de la prise de décision dans une équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail*. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail.
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vezina, N., Baril, R., Gagnon, D., et al. (2001). Disability prevention - New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management & Health Outcomes*, 9 (7), pp. 351-360.
- Loiselle, J., Harvey, S. (2007). La recherche développement en éducation : fondements, apports et limites. *Recherches Qualitatives*, 27 (1), pp. 40-59.
- Lortie, M., Laroche, E., Denis, D., Nastasia, I., Faye, C., Gravel, S., Giraud, L., Desmarais, L. (2012). *Bilan des connaissances sur les guides de pratique en santé. Enseignements clés et transférabilité pour la santé et la sécurité au travail*. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Lincoln, Y. S., Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: SAGE Publications.

Lysaght, R. (1997). Job Analysis in Occupational Therapy: Stepping Into the Complex World of Business and Industry. *The American Journal of Occupational Therapy*, 51 (7), pp. 569-575.

Lysaght, R., & Wright, J. (2005). Professional Strategies in Work-Related Practice: An Exploration of Occupational and Physical Therapy Roles and Approaches. *American Journal of Occupational Therapy*, 59 (2), pp. 209-217.

Marek, K. D. (1995). *Manual to Develop Guidelines*. Washington: American Nurses Association.

Marshall, E. M. (1985). Looking Back. *The American Journal of Occupational Therapy*, 39 (5), pp. 297-300.

Matheson, L. N., Dempster Ogden, L., Violette, K., & Schultz, K. (1985). Work Hardening: Occupational Therapy in Industrial Rehabilitation. *The American Journal of Occupational Therapy*, 39 (5), pp. 314-321.

Mercier, S. (1998). L'approche d'évaluation des ergothérapeutes québécois en regard de l'habitude de vie travail. Université de Montréal.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Pour une véritable participation à la vie de la communauté. Orientations ministérielles en déficience physique. Objectifs 2004-2009*. Québec: Gouvernement du Québec.

Mooney, V. (2002). Functional Capacity Evaluation. *Orthopedics*, 25 (10), pp. 1094-1099.

Moule, P., Goodman, M. (2009). *Nursing research - An introduction*. Thousand Oaks. SAGE Publications Inc.

Murphy, M., Black, N., Lamping, D., McKee, C., Sanderson, C., Askham, J., et al. (1998). Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technology Assessment*, 2 (3).

National Health and Medical Research Council (NHMRC). (1999, janvier 1). Consulté en juillet 2007, sur <http://nhmrc.gov.au/publications/synopses/cp30syn.htm>

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2007, Avril). *The guideline manual*. Consulté en juillet 2007, sur site Web NICE: <http://www.nice.org.uk>

Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2002). *Manuel de Frascati. La mesure des activités scientifiques et technologiques - Méthode type*

proposée pour les enquêtes sur la recherche et le développement expérimental. Sixième édition. Paris. Service des Publications de l'OCDE.

Patton, M. (2002). *Qualitative Research and Evaluative Methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Perdrix, J. (2007, juin 20). Fibromyalgie, comment évaluer la capacité de travail? *Revue Médicale Suisse*, 3, pp. 1585-1587.

Pluye, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., & Janson-Lafleur, J. (2009). A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in Mixed Studies Reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 46, pp. 529-546.

Poupart, J., Groulx, L. H., Deslauriers, J. P., Laperrière A., Mayer, R., Pires, A.P. (1997). *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville: Gaëtan Morin.

Quaseem, A., Forland, F., Macbeth, F., Ollenschläger, G., Phillips, S., van der Wees, P. (2012). Guidelines International Network: Toward International Standards for Clinical Practice Guidelines. *Annals of Internal Medicine*, 156, pp. 525-531.

Pransky, G., & Dempsey, P. (2004). Practical aspects of functional capacity evaluations. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19 (3), pp. 217-229.

Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH). (2000). *Guide de formation sur les systèmes de classification des causes et des conséquences des maladies, traumatismes et autres troubles*. Lac-St-Charles: Réseau international sur le processus de production du handicap.

Saillour-Glenisson, F., & Michel, P. (2003). Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique par le corps médical. *Revue de la littérature. Rev Épidemiol Santé Publique*, 51, pp. 65-80.

Sandelowski, M., Voils, C., & Barroso, J. (2006). Defining and designing mixed research synthesis studies. *Research in the schools*, 13 (1), pp. 29-40.

Sandqvist, J., & Henricksson, C. (2004). Work functioning: A conceptual framework. *Work*, 23, pp. 147-157.

Serra, C., Rodriguez, M., Declos, G., Plana, M., Lopez, L., & Bernavides, F. (2007). Criteria and methods used for the assessment of fitness for work: a systematic review. *Occup Environ Med*, 64, pp. 304-312.

Shekelle, P. G., Woolf, S. Eccles, J. G. (1999). Clinical guidelines: Developing guidelines. *British Medical Journal*; 318, pp. 593-596.

Soer, R., van der Schans, C. P., Groothoff, J. W., Geertzen, J., & Reneman, M. F. (2008). Towards Consensus in Operational Definitions in Functional Capacity Evaluations: A Delphi Survey. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18, pp. 389-400.

- Strong, S. (2002, Janvier/Février). Les évaluations de la capacité fonctionnelle - aspects positifs, aspects négatifs et écueils. *Actualités Ergothérapeutiques*, pp. 5-9.
- Strong, S., Baptiste, S., & Salvatori, P. (2003). Learning from today's clinicians in vocational practice to educate tomorrow's therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70 (1), pp. 11-20.
- Strong, S., Baptiste, S., Clarke, J., Cole, D., & Costa, M. (2004a). Use of functional capacity evaluations in workplaces and the compensation system: A report on worker's and report users' perceptions. *Work*, 23.
- Strong, S., Baptiste, S., Cole, D., Clarke, J., Costa, M., Shannon, H., et al. (2004b, february). Functional assessment of injured workers: A profil of assessor practices. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71 (1), pp. 13-23.
- Strong, S., Rigby, P., Stewart, D., Law, M., Letts, L., & Cooper, B. (1999). Application of the Person-Environment-Occupation Model: A pratical Tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66 (3), pp. 122-133.
- Sudsawad, P. (2007). *Knowledge translation: Introduction to models, strategies, and measures*. Austin, TX: Southwest Education Development Laboratory, National Centre for the Dissemination of Disability Research.
- Sullivan, M., & Main, C. (2007). Service, advocacy and adjudication: Balancing the ethical challenges of multiple stakeholder agendas in the rehabilitation of chronic pain. *Disability & Rehabilitation*, 29 (20-21), pp. 1596 – 1603.
- The AGREE Collaboration. (2002, Janvier). Consulté le septembre 12, 2006, sur The AGREE Collaboration: <http://www.agreecollaboration.org>
- The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2004, mai 1). *SIGN*. Consulté le août 1, 2007, sur site Web SIGN: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>
- Travis, J. (2002). Cross-disciplinary competency standards for work-related assessments: Communicating the requirements for effective professional practice. *Work*, 19, pp. 269-280.
- Turner, T., Misso, M., Harris, C., Green, S. (2008). Development of evidence-based clinical practice guidelines (CPGs): comparing approaches. *Implementation Science*, 3 (45).
- U.S. Departement of Labor. (1991). *Dictionary of Occupational Titles*. Indianapolis: JIST Works inc.
- Vachon, B. (2009). *Étude de l'utilisation d'une approche réflexive pour intégrer les évidences scientifiques dans la pratique de l'ergothérapeute en réadaptation au travail*. Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Sherbrooke.

van der Velde, G., van Tulder, M., Côté, P., Hogg-Johnson, S., Aker, P., & Cassidy, J. (2007). The sensitivity of review results to method used to appraise and incorporate trial quality into data synthesis. *Spine* , 32 (7), pp. 796-806.

Veloze, C. (1993). Work Evaluations: Critique of the State of the Art of Functional Assessment of Work. *The American Journal of Occupational Therapy* , 47 (3), pp. 203-209.

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* , 52 (5), pp. 546-553.

Wind, H., Gouttebarger, V., Kuijer, P., & Frings-Dresen, M. (2005). Assessment of Functional Capacity of the Musculoskeletal System in the Context of Work, Daily Living, and Sport: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation* , 15 (2), pp. 253-272.

ANNEXE A
TABLEAU SYNTHÈSE DES MÉTHODES D'ÉLABORATION DES GUIDES DE
PRATIQUE

National Institute for Health and Clinical Excellence (2007)	The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2004)	Organisation Mondiale de la Santé (2003)	Davis, Goldman, & Palma (2007)		National Health and Medical Research Council (1999)	Shekelle, Woolf, & M. Eccles, (1999)	Haute Autorité de Santé (2006)
Détermination du domaine et de l'étendu (ou portée)	Préparation, organisation du développement	Sélection du sujet	Détermination du besoin d'un GP		Détermination du besoin et du domaine/étendu du GP	Identifier et préciser le domaine	Délimiter le thème et les cibles professionnelle concernées
	Sélection du sujet						Indication des grands axes de réflexions
Préparation du plan de travail	Composition du groupe de travail	Formation d'un groupe qui dirige le processus (avec co-sponsor s'il y a lieu) et d'un groupe de travail (technique) Et de sous-groupes au besoin	Former un groupe de travail		Convoquer un panel multidisciplinaire pour superviser le développement du GP	Mener des groupes de travail	Formation de groupes de travail (pilottage, cotation, lecture)
Former et diriger le groupe de travail			Déterminer le fonctionnement du groupe		Mener les différents groupes de travail		Définir le calendrier des grandes étapes de réalisation
							Prévoir les ressources nécessaires et les obtenir
Développement des questions cliniques	Recension systématique des écrits	Recension systématique des écrits	Identification des questions cliniques	Recherche de GP	Identification et évaluation des données probantes	Identifier les résultats de santé recherchés	Déterminer les questions cliniques
Identification des données probantes			Recension systématique des écrits			Recension des données probantes	Choix de la méthode d'élaboration des recommandations professionnelle
Révision et gradation des données probantes				Sélection et évaluation de la qualité des études		Évaluation de la qualité du GP	
Création des recommandations	Élaboration des recommandations	Développement des recommandations	Développement des recommandations	Adaptation du GP	Traduire les évidences en guide de pratique clinique	Formulation des recommandations	Première série de recommandations (proposition)
						Élaboration des stratégies de dissémination, d'implantation et de révision	Cotation des recommandations Par un groupe d'experts
Écriture du GP sous la forme d'un document de travail en vue des consultations	Consultation et révision par les pairs	Écriture de différentes versions du document	Rédaction du GP		Évaluation du GP et examen de la part d'un groupe plus large (détenteurs d'enjeux)	Révision par des examinateurs externes	Modification des recommandations suite à la cotation
Révision à partir des commentaires des détenteurs d'enjeux		Révision par des détenteurs d'enjeux, des experts, etc.	Consultation auprès de groupes cible, experts et détenteurs d'enjeux				Lecture par différents détenteurs d'enjeux
Rédaction de la version finale	Présentation et dissémination du GP	(rédaction finale)					Rédaction de la version finale
	Implantation locale	Aider les pays à appliquer le GP au niveau local	Étude pilote dans un ou des milieux				Diffusion et mesure d'impact
Révision et mises à jour selon un calendrier établi.	Audit et révision	?	Mise à jour		(Révision selon le plan)	Mise à jour	?

Tableau synthèse des méthodes d'élaboration des guides de pratiques

ANNEXE B
STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE UTILISÉES POUR
CHACUNES DES SOURCES DE DONNÉES

STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

CINAHL

- 001 Work Capacity Evaluation/
- 002 Occupational Therapy Assessment/
- 003 Disability Evaluation/
- 004 limit 3 to (adolescence <13 to 18 years> or adult <19 to 44 years> or middle age <45 to 64 years>)
- 005 workplace assessment {Including Related Terms}
- 006 workplace assessment\$.mp.
- 007 5 or 6
- 008 employee, disabled/ or nurses, disabled/
- 009 disabled/ or amputees/
- 010 8 or 9
- 011 limit 10 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
- 012 Occupational Diseases/ or occupational-related injuries/
- 013 Hearing loss, noise-induced/
- 014 stress, occupational/
- 015 exp Hearing Disorders/
- 016 exp Vision Disorders/
- 017 exp Cumulative Trauma Disorders/
- 018 exp Cerebrovascular Disorders/rh [Rehabilitation]
- 019 exp Cerebrovascular Disorders/
- 020 exp Musculoskeletal Diseases/
- 021 trauma, nervous system/ or exp craniocerebral trauma/ or exp spinal cord injuries/
- 022 pain/ or exp back pain/ or headache/ or metatarsalgia/ or neck pain/ or exp neuralgia/ or pain, intractable/
- 023 exp Headache Disorders/
- 024 paralysis/ or hemiplegia/ or exp paraplegia/ or quadriplegia/ or exp paresis/
- 025 arthritis/ or exp arthritis, rheumatoid/ or exp osteoarthritis/ or exp spondylarthritis
- 026 exp Bursitis/
- 027 exp Tendinopathy/
- 028 Tennis Elbow/
- 029 exp Peripheral Nervous System Diseases/
- 030 exp multiple sclerosis/ or multiple sclerosis, chronic progressive/ or multiple sclerosis, relapsing-remitting/
- 031 "Rehabilitation, Vocational"/
- 032 "Task Performance and Analysis"/
- 033 Work Simplification\$.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
- 034 work simulation {Including Related Terms}
- 035 work simulation\$.mp.
- 036 34 or 35
- 037 functional capacity evaluation {Including Related Terms}
- 038 functional capacity evaluation\$.mp.
- 039 37 or 38
- 040 job analysis {Including Related Terms}

041 job analysis.mp.
 042 40 or 41
 043 Work Environment/
 044 Job Characteristics/
 045 Workload Measurement/
 046 Functional Assessment/
 047 medicolegal assessment {Including Related Terms}
 048 medicolegal assessment.mp.
 049 47 or 48
 050 Job Re-Entry/
 051 Job Accommodation/
 052 "Employment of Disabled"/
 053 return to work {Including Related Terms}
 054 return to work.mp.
 055 53 or 54
 056 occupational rehabilitation {Including Related Terms}
 057 occupational rehabilitation.mp.
 058 56 or 57
 059 industrial rehabilitation {Including Related Terms}
 060 industrial rehabilitation.mp.
 061 59 or 60
 062 Attitude to Disability/
 063 physically disabled {Including Related Terms}
 064 (physic\$ adj3 disabled).mp.
 065 physical impairment\$.mp.
 066 physical impairment {Including Related Terms}
 067 disabled person\$.mp.
 068 disabled person {Including Related Terms}
 069 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68
 070 69 not 10
 071 limit 70 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
 072 1 and 11
 073 1 and 71
 074 2 and 11
 075 2 and 71
 076 4 and 11
 077 4 and 71
 078 31 and 11
 079 31 and 71
 080 32 and 11
 081 32 and 71
 082 43 and 11
 083 43 and 71
 084 44 and 11
 085 44 and 71
 086 45 and 11

087 45 and 71
 088 46 and 11
 089 46 and 71
 090 50 and 11
 091 50 and 71
 092 51 and 11
 093 51 and 71
 094 52 and 11
 095 52 and 71
 096 62 and 11
 097 62 and 71
 098 36 and (11 or 71)
 099 39 and (11 or 71)
 100 42 and (11 or 71)
 101 49 and (11 or 71)
 102 55 and (11 or 71)
 103 58 and (11 or 71)
 104 61 and (11 or 71)
 105 *Disability Evaluation/
 106 105 and 4 and (11 or 71)
 107 *"Rehabilitation, Vocational"/ and (11 or 71)
 108 *Functional Assessment/
 109 limit 108 to ((adolescence <13 to 18 years> or adult <19 to 44 years> or middle
 age <45 to 64 years>) and (yr="1993 - 2008" and (english or french))
 110 109 and (11 or 71)
 111 limit 46 to ((adolescence <13 to 18 years> or adult <19 to 44 years> or middle age
 <45 to 64 years>) and (yr="1993 - 2008" and (english or french))
 112 111 and (11 or 71)
 113 *"Employment of Disabled"/
 114 Employment, Supported/
 115 113 and (11 or 71)
 116 114 and (11 or 71)
 117 limit 115 to yr="1998-2008"
 118 *Attitude to Disability/ and (11 or 71)
 119 limit 118 to (adolescence <13 to 18 years> or adult <19 to 44 years> or middle
 age <45 to 64 years>)
 120 72 or 73 or 74 or 75 or 80 or 81 or 82 or 83 or 84 or 85 or 86 or 87 or 90 or 91 or
 92 or 93 or 98 or 99 or 100 or 101 or 102 or 103 or 104 or 106 or 107 or 110 or
 119

EBM

- 01 functional capacity evaluation.mp.
- 02 occupational rehabilitation.mp.
- 03 Work Capacity Evaluation.mp. [mp=ti, ot, ab, tx, kw, ct, sh, hw]
- 04 disability evaluation.mp.
- 05 vocational rehabilitation.mp.
- 06 1 or 2 or 3 or 4 or 5

MEDLINE

- 001 Work Capacity Evaluation/
- 002 limit 1 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
- 003 *Disability Evaluation/
- 004 3 not 1
- 005 limit 4 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
- 006 workplace assessment
- 007 workplace assessment\$.mp.
- 008 6 or 7
- 009 limit 8 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
- 010 disabled persons/ or amputees/ or hearing impaired persons/ or visually impaired persons/
- 011 limit 10 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
- 012 Occupational Diseases/
- 013 exp Cumulative Trauma Disorders/
- 014 exp Cerebrovascular Disorders/rh [Rehabilitation]
- 015 exp Cerebrovascular Disorders/
- 016 exp Musculoskeletal Diseases/
- 017 trauma, nervous system/ or exp craniocerebral trauma/ or exp spinal cord injuries/
- 018 pain/ or exp back pain/ or headache/ or metatarsalgia/ or neck pain/ or exp neuralgia/ or pain, intractable/
- 019 exp Headache Disorders/
- 020 paralysis/ or hemiplegia/ or exp paraplegia/ or quadriplegia / or exp paresis/
- 021 arthritis/ or exp arthritis, rheumatoid/ or exp osteoarthritis/ or exp spondylarthritis/
- 022 exp Bursitis/
- 023 exp Tendinopathy/
- 024 Tennis Elbow/
- 025 exp Peripheral Nervous System Diseases/
- 026 exp multiple sclerosis/ or multiple sclerosis, chronic progressive/ or multiple sclerosis, relapsing-remitting/
- 027 "Rehabilitation, Vocational"/
- 028 limit 27 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
- 029 "Task Performance and Analysis"/
- 030 limit 29 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))

031 *"Task Performance and Analysis"/
 032 limit 31 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
 033 Work Simplification/
 034 limit 33 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
 035 work simulation
 036 work simulation\$.mp.
 037 35 or 36
 038 limit 37 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
 039 functional capacity evaluation
 040 functional capacity evaluation\$.mp.
 041 39 or 40
 042 limit 41 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
 043 job analysis
 044 job analysis.mp.
 045 43 or 44
 046 limit 45 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
 047 medicolegal assessment
 048 medicolegal assessment\$.mp.
 049 47 or 48
 050 limit 49 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
 051 return to work
 052 return to work.mp.
 053 51 or 52
 054 limit 53 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
 055 occupational rehabilitation
 056 occupational rehabilitation.mp.
 057 55 or 56
 058 limit 57 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
 059 industrial rehabilitation
 060 industrial rehabilitation.mp.
 061 59 or 60
 062 limit 61 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
 063 physically disabled
 064 (physic\$ adj3 disabled).mp.
 065 physical impairment\$.mp.
 066 physical impairment
 067 disabled person\$.mp.
 068 disabled persons
 069 (63 or 64 or 65 or 66) not 10
 070 limit 69 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
 071 (67 or 68) not (10 or 69)
 072 limit 71 to (yr="1993 - 2008" and (english or french))
 073 2 and 11
 074 2 and 70
 075 2 and 72
 076 73 or 74 or 75

077 limit 4 to (yr="1993 - 2008" and ("adolescent (13 to 18 years)" or "adult (19 to 44 years)" or "middle age (45 to 64 years)")) and (english or french))
 078 77 and 11
 079 77 and 70
 080 77 and 72
 081 78 or 79 or 80
 082 81 not 76
 083 9 and (11 or 70 or 72)
 084 28 and (11 or 70 or 72)
 085 30 and (11 or 70 or 72)
 086 32 and (11 or 70 or 72)
 087 34 and (11 or 70 or 72)
 088 38 and (11 or 70 or 72)
 089 42 and (11 or 70 or 72)
 090 46 and (11 or 70 or 72)
 091 50 and (11 or 70 or 72)
 092 54 and (11 or 70 or 72)
 093 58 and (11 or 70 or 72)
 094 62 and (11 or 70 or 72)
 095 83 or 84 or 85 or 86 or 87 or 88 or 89 or 90 or 91 or 92 or 93 or 94
 096 2 and (12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26)
 097 *Work Capacity Evaluation/
 098 96 and 97
 099 98 not (82 or 76)
 100 *Rehabilitation, Vocational/
 101 84 and 100
 102 83 or 86 or 87 or 88 or 89 or 90 or 91 or 92 or 93 or 94 or 101
 103 102 not (82 or 76 or 99)
 104 76 or 82 or 99 or 103

OTDBASE

Utilisation des descripteurs

VOCATIONAL :

- Assessment/instrument
- Prevocational
- Rehabilitation
- Work

Pas de limite a/n des dates

Revue Québécoise d'Ergothérapie

Recherche manuelle

Septembre 1992 - printemps 2001

Proquest Dissertations and Theses

1993-2008

Citations and abstracts

Termes de recherche :

- Work W/3 capacity W/3 evaluation
- « capacity evaluation » W/3 work
- «work capacity evaluation»
- «work capacity»
- «functional capacity evaluation»
- «work-related assessment»
- «workplace assessment»
- «Job analysis»
- «medico-legal assessment»
- «work simulation»
- «return to work»
- «work rehabilitation»
- «vocational rehabilitation»
- Work and «occupational therapy»
- Work and «physical impairment»
- Work and handicap*
- Évaluation w/3 «capacités fonctionnelles»
- «évaluation des capacités» w/3 travail
- Réadaptation w/3 travail
- «retour au travail»
- Simulation w/3 «tâches de travail»
- Évaluation w/3 «milieu de travail»
- Évaluation w/3 «tâche de travail»
- Ergothérapie
- Ergothérapie and travail
- «déficience physique» and travail
- Handicap* and travail
- Réadaptation and travail

PsycINFO

1993-2008

Français-anglais

18-65 ans

Termes de recherche :

- Work-related assessment
- Work capacity evaluation

- Functional capacity evaluation
- Return to work
- Occupational therapy and work not mental health
- Occupational rehabilitation not mental health not mental retardation
- Industrial rehabilitation not mental health not mental retardation
- Workplace assessment not mental health not mental retardation
- Job analysis not mental health not mental retardation
- Medico-legal assessment not mental health not mental retardation
- Work simulation not mental health not mental retardation
- Évaluation des capacités de travail
- Évaluation w/3 capacité* w/3 travail
- Évaluation des capacités fonctionnelles
- Ergothérapie
- Travail
- Évaluation en milieu de travail
- Retour au travail
- Réadaptation and travail

WEB

IRSST

www.irsst.qc.ca

Consulté le 2008-05-23

1993-2008

- Publications IRSST
 - réadaptation

IWH

www.iwh.on.ca

Consulté le 2008-06-02

1993-2008

- page d'accueil
- systematic review
- research
- Knowledge transfert
- Research highlights
- Evidence-based practice
- Measurement of health and function
- Workplace intervention and evaluation

WCB of BC

www.worksafebc.com

Consulté le 2008-05-23

1993-2008

- Publications
 - Work capacity evaluation
 - Functional capacity evaluation
 - Return to work
 - Occupational therapy

30 premiers
résultats

ANNEXE C
GRILLE DE LECTURE POUR L'EXTRACTION DES DONNÉES

GRILLE DE LECTURE

Notice bibliographique

Objectif de l'étude	

Type d'étude/Devis/Méthodologies	

Type d'ÉCT dont il est question	<ul style="list-style-type: none"> ÉCF générale ÉCF spécifique à un emploi ÉCT en milieu de travail Analyse d'un emploi Autre :
Clientèle	<ul style="list-style-type: none">

Critères de qualité de l'ÉCT Une ÉCT de qualité est :	
<ul style="list-style-type: none"> Sécuritaire; 	
<ul style="list-style-type: none"> Exacte; 	
<ul style="list-style-type: none"> Complète; 	
<ul style="list-style-type: none"> Crédible; 	
<ul style="list-style-type: none"> Flexible; 	
<ul style="list-style-type: none"> Pratique; 	
<ul style="list-style-type: none"> Utile. 	

Dimensions à évaluer		Méthodes de cueillette de données/d'évaluation des dimensions (stratégies/outils)	Sources de données	Données probantes supportant les recommandations
Fonctionnement au travail				
Participation au travail				
Performance au travail				
• Activités de travail				
• Tâches de travail				
Capacités				
Structures anatomiques/ fonctions organiques				
Facteurs personnels				
Facteurs environnementaux				
Facteur temporel				

Processus global	Recommandations	Données probantes supportant les recommandations
Clinicien expérimenté et qualifié		
Clarifie le but de l'évaluation		
Identifie les sources d'informations		
Identifie les méthodes de collecte de données		

Procède à la collecte		
Analyse des données		
Rédige un rapport		
Autre		

Fait par :

Date :

ANNEXE D
ÉCHELLE DES NIVEAUX DE PREUVE SCIENTIFIQUE DE BURNS ET
GROVE (2009)

Niveaux de preuve scientifique
(traduction libre de Burns et Grove, 2009)

Évidence forte	<table><tr><td>Recension systématique d'études expérimentales (essais randomisés de bonne qualité)</td></tr><tr><td>Méta-analyse d'études expérimentales (essais randomisés) et quasi-expérimentales</td></tr><tr><td>Recension intégrative d'études expérimentales et quasi-expérimentales</td></tr><tr><td>Une seule étude expérimentale (essai randomisé)</td></tr><tr><td>Une seule étude quasi-expérimentale</td></tr><tr><td>Méta-analyse d'études corrélationnelles</td></tr><tr><td>Recension intégrative d'études corrélationnelles et d'études descriptives</td></tr><tr><td>Métasynthèses et métasommaire d'études qualitatives</td></tr><tr><td>Une seule étude corrélationnelle</td></tr><tr><td>Une seule étude qualitative ou descriptive</td></tr><tr><td>Rapport d'un comité d'experts, opinion d'une autorité respectée</td></tr></table>	Recension systématique d'études expérimentales (essais randomisés de bonne qualité)	Méta-analyse d'études expérimentales (essais randomisés) et quasi-expérimentales	Recension intégrative d'études expérimentales et quasi-expérimentales	Une seule étude expérimentale (essai randomisé)	Une seule étude quasi-expérimentale	Méta-analyse d'études corrélationnelles	Recension intégrative d'études corrélationnelles et d'études descriptives	Métasynthèses et métasommaire d'études qualitatives	Une seule étude corrélationnelle	Une seule étude qualitative ou descriptive	Rapport d'un comité d'experts, opinion d'une autorité respectée
Recension systématique d'études expérimentales (essais randomisés de bonne qualité)												
Méta-analyse d'études expérimentales (essais randomisés) et quasi-expérimentales												
Recension intégrative d'études expérimentales et quasi-expérimentales												
Une seule étude expérimentale (essai randomisé)												
Une seule étude quasi-expérimentale												
Méta-analyse d'études corrélationnelles												
Recension intégrative d'études corrélationnelles et d'études descriptives												
Métasynthèses et métasommaire d'études qualitatives												
Une seule étude corrélationnelle												
Une seule étude qualitative ou descriptive												
Rapport d'un comité d'experts, opinion d'une autorité respectée												
Évidence faible												

ANNEXE E
GUIDE DE COTATION DES GRILLES
ET GRILLES D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ÉTUDES

Devis/méthodologie	Grille	cotation
Études qualitatives	Cesario <i>et al.</i> (2002)	Tel que recommandé par les auteurs. sauf pour des méthodologies où l'émergence d'une théorie n'est pas appropriée, la catégorie «4. Theoretical connectedness» n'est pas cotée et le score total est converti en pourcentage. À ce moment : QI= 75%-100% QII= 50%-74% QIII= 0%-49%.
Devis mixte	Pluye <i>et al.</i> , (2009)	Tel que recommandé par les auteurs.
Études descriptives transversales	Beaucage <i>et al.</i> (1996) «Grille d'analyse servant à évaluer la qualité d'un article portant sur une étude descriptive de population»	1 point par question répondue par oui. Donne un score sur 22. Si des items sont n/a, le score ne sera plus sur 22 mais sur le nombre d'items applicables. La comparaison des articles se fera entre articles dont les scores auront un dénominateur commun.
Cadre de référence ou modèle conceptuel	Grille inspirée par Burn et Grove (2009)	1 point par question répondue par oui. Donne un score sur 17
Recension des écrits	Grille inspirée de Burns et Grove (2009) et Wittemore et Knalf (2005)	1 point par question répondue par oui. Donne un score sur 25

Guide de cotation des grilles

Description de l'étude	Notes	Description
Identification de l'étude	Nom de l'auteur Titre Année de publication Référence	
Méthodologie	Théorisation ancrée, phénoménologie, etc.	
Sujet de l'étude	Question de recherche, objectifs	
Participants		
Méthodes de cueillette de données		
Méthode d'analyse des données		
Résultats		

GRILLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ÉTUDES QUALITATIVES DE CESARIO *et al.* (2002)

Score : 3= bon= 75-100% des critères sont rencontrés
 2=passable= 50-74% des critères sont rencontrés
 1=faible= 25-49% des critères sont rencontrés
 0=aucune évidence=<25% des critères sont rencontrés

Critères d'évaluation	Notes	Commentaires	Score
<p>1. "Descriptive vividness"</p> <p><i>«To achieve descriptive vividness, the site, subjects (informants), experience of collecting data, and thinking of the researcher during the data collection process must be described so clearly that the reader has the sense of personally experiencing the event.» (Burn et Grove, 2003)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il ne manque pas d'information descriptive essentielle • Description claire de l'étude • Description crédible de l'étude • Implication prolongée sur le terrain qui est suffisante pour obtenir une description «vivid» • Validation des résultats auprès des participants • Clarté de la narration 		
<p>2. "Methodological Congruence"</p> <p><i>«Evaluation of methodological congruence requires knowledge of the philosophy and the methodological approach the researcher used.»</i></p> <p><i>«Qualitative researcher should...cite references for additional information»</i></p> <p>(Burn et Grove, 2003)</p>			
<p>a) "Rigor in documentation"</p>	<p>Tous les éléments de l'étude sont présentés clairement :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Introduction <ul style="list-style-type: none"> • Phénomène identifié • Base philosophique explicite • Type d'étude et but 		

		<ul style="list-style-type: none"> • Questions de recherche ou objectifs • Présupposés du chercheur 2. Recension des écrits 3. Méthodes <ul style="list-style-type: none"> • Accès au site, aux participants • Rôle du chercheur, structure d'entrevue 4. Collecte de données 5. Analyse des données 6. Conclusions/résultats		
	b) "Procedural rigor"	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que le chercheur pose les bonnes questions? Est-ce qu'il capte vraiment l'expérience du participant ou il est biaisé par sa propre connaissance théorique du phénomène? • Description des stratégies utilisées pour éviter que le participant se présente sous un faux jour ou informe mal le chercheur. • Description des stratégies utilisées pour dissuader le participant d'émettre des suppositions plutôt que de décrire son expérience. • Stratégie pour éviter/diminuer le biais d'élite • Description de stratégies utilisées pour diminuer l'influence de la présence du chercheur • Suffisamment de données recueillies • Implication sur le terrain suffisante • Stratégies appropriées d'approche du terrain et des participants • Sélection appropriée des participants 		
	c) "Ethical rigor"	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants sont informés de leurs droits • Le consentement éclairé a été obtenu et est documenté • On s'est assuré que les droits des participants sont protégés par la mise en place de mécanismes le permettant 		
	d) "Auditability"	<ul style="list-style-type: none"> • Description suffisante du processus de collecte de données et d'analyse • Il y a suffisamment de données enregistrées et de notes de terrains détaillées pour permettre une révision externe 		

		<ul style="list-style-type: none"> • Les décisions ayant trait aux méthodes de collecte et d'analyse des données sont explicites et justifiées 		
	3. "Analytical Preciseness"	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que la théorie émergente est cohérente avec les résultats obtenus? • Est-ce que les thèmes, catégories ou les énoncés théoriques dépeignent ou décrivent complètement le phénomène? • Est-ce que les hypothèses émises pendant l'étude sont confirmées/infirmées par les données? • Les hypothèses sont présentées dans l'article ou le rapport de recherche. • Les conclusions de l'étude sont bien étayées par les données recueillies. 		
	4. "Theoretical connectedness" <i>«Theoretical connectedness requires that the theoretical schema developed from the study be clearly expressed, logically consistent, reflective of the data, and compatible with the knowledge base of nursing» (Burn et Grove, 2003)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont bien définis et/ou bien validés par les données. • Les relations entre les concepts sont clairement énoncées. • Les relations sont validées par les données. • La théorie développée pendant l'étude décrit complètement le phénomène (est exhaustive). • Un schéma de concept ou un modèle conceptuel émane des données recueillies. • Le lien est clair entre les données et les modèles conceptuels en ergothérapie 		
	5. "Heuristic relevance" <i>« To be of value, the results of a study should have heuristic relevance for the reader. This value is reflected in the reader's ability to recognize the phenomenon described in the study, its theoretical significance, its applicability to nursing practice, and its influence on futur research.»</i>			
	6. "Intuitive recognition"	<ul style="list-style-type: none"> • Le phénomène est bien décrit 		

<p><i>« Intuitive recognition indicates that when individuals are confronted with the theory derived from the data, it has meaning within their personal knowledge base. They immediately recognize the phenomenon and its relationship to a theoretical perspective in nursing.»</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le phénomène apparaît familier pour les lecteurs (les autres chercheurs) • La description du phénomène concorde avec l'expérience commune de ce phénomène ou le sens qui y est normalement donné 		
<p><i>a) "Relationship to existing body of knowledge"</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une revue de la littérature a été faite en relation avec les données obtenues • Le phénomène étudié est en lien avec le fonctionnement de la personne et l'ergothérapie (pertinence du choix du phénomène) 		
<p><i>b) "Applicability"</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont pertinents à la pratique en ergothérapie • Les résultats sont importants pour la discipline • Les résultats contribuent au développement de théories 		

Qualité des données probantes	
Total obtenu :	<p>QI (22,5-30), excellente</p> <p>QII (15-22,4),</p> <p>QIII (<15),</p>

Grille d'évaluation de la qualité de devis mixte de Pluye *et al.* (2009)

Notice bibliographique	
Devis/méthodologies utilisées	
But de l'étude	

Score: %

<i>Types of mixed methods study components or primary studies in a systematic mixed studies reviews context</i>	<i>Methodological quality criteria</i>	<i>Presence of criteria=1 absence of criteria=0</i>
1. Qualitative	• <i>Qualitative objective or question</i>	
	• <i>Appropriate qualitative approach or design or method</i>	
	• <i>Description of the context</i>	
	• <i>Description of participants and justification of sampling</i>	
	• <i>Description of qualitative data collection and analysis</i>	
	• <i>Description of researchers' reflexivity</i>	
2. Quantitative experimental	• <i>Appropriate sequence generation and/or randomization</i>	
	• <i>Allocation concealment and/or blinding</i>	
	• <i>Complete outcome data and/or low withdrawal/drop out</i>	
3. Quantitative observational	• <i>Appropriate sampling and sample</i>	
	• <i>Justification of measurements (validity and standards)</i>	
	• <i>Control of confounding variables</i>	
4. Mixed methods	• <i>Justification of the mixed methods design</i>	

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Combination of qualitative and quantitative data collection-analysis techniques or procedures</i> 	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Integration of qualitative and quantitative data or results</i> 	

Faite par :

Date :

Notes des auteurs relativement à l'utilisation de la grille :

«Caution notice :

Outside quantitative experimental studies, the implication of clustering primary studies or study components by quality score has not been critically examined. With respect to systematic reviews of quantitative experimental studies, the clustering of primary studies and the weighting of quantitative results by quality score is discouraged.

Potential applications :

With respect to mixed methods research in general : Appraisal of the methodological quality of qualitative, quantitative and mixed methods components.»

Grille d'évaluation de la qualité d'une étude descriptive (Beaucage et Bonnier Viger, 1996)

Notice bibliographique	
Devis/ méthodologie	
Objectifs de l'étude	
Sujets/participants de l'étude	
Type d'ÉCT dont il est question et clientèle s'il y a lieu	

TOTAL : /22

Sections	Critères	commentaires
Résumé	Est-ce que l'article répond aux préoccupations du lecteur (clientèle comparable, niveaux de soins, etc.)?	
	Est-ce que toutes les sections de l'étude y sont résumées?	
Introduction	Les objectifs de l'étude sont-ils clairement énoncés?	
	Le raisonnement justifiant l'étude (pertinence) est-il bien conduit?	
	Ce raisonnement est-il appuyé de façon adéquate par les références?	
	Précise-t-on de quel type d'étude descriptive de population il s'agit?	
Méthode	La population à l'étude est-elle clairement définie?	
	Les variables sont-elles retenues en fonction du problème à l'étude?	
	Les sources de données sont-elles bien définies?	
	Les critères retenus pour définir les cas sont-ils présentés clairement?	
	Le type d'observations effectuées et la manière dont celles-ci l'ont été sont-ils explicitement exposés?	
	La façon dont les cas ont été retenus pour l'analyse est-elle	

	clairement décrite?	
	Le plan d'analyse est-il clair et bien structuré?	
	Les méthodes d'analyse utilisées pour la réalisation de l'étude permettent-elles de répondre aux objectifs visés?	
Résultats	Les résultats sont-ils présentés de façon claire, systématique et en lien avec le plan d'analyse?	
	Les mesures de fréquence des observations spécifiques sont-elles exposées clairement en fonction de toutes les variables retenues dans l'étude?	
	Les interprétations des tests statistiques sont-elles présentées de façon claires et en lien avec le plan d'analyse?	
Discussion	L'interprétation des résultats est-elle présentée clairement en s'appuyant sur la littérature pertinente?	
	Les biais potentiels font-ils l'objet d'une discussion explicite?	
	Les limites des résultats de l'étude sont-elles présentées?	
	La possibilité de généraliser les résultats est-elle abordée?	
	Les indications sur la direction que pourrait prendre de futures études sont-elles fournies et discutées?	

Grille d'évaluation de la qualité pour les cadres de référence et les modèles conceptuels (inspirée de Burns et Grove, 2009)

Notice bibliographique	
Nom du modèle ou cadre de référence	
Phénomène dont il est question	

Score total :

Critères	Présent=1 Absent= 0
1. Le résumé est bien structuré	
2. L'article est bien structuré, des titres et sous-titre sont utilisés judicieusement	
3. Le problème est défini clairement	
4. Le but est identifié clairement	
5. Les résultats d'une recension de la littérature théorique et empirique sont exposés	
6. Les concepts sont bien identifiés et définis.	
7. La définition de chaque concept est supportée par : <ul style="list-style-type: none"> la littérature du domaine de l'ÉCT ou de la réadaptation au travail, ou; une analyse de concept si le concept vient d'un autre domaine ou; parce que le concept est innovateur, la définition est issue de l'auteur et il l'a bien justifiée. 	
8. Les construits sont bien identifiés et définis.	
9. Si plusieurs construits sont présents, les concepts sont liés explicitement au construit auquel ils appartiennent.	
10. Les liens entre les concepts sont bien présents et la direction des liens est identifiée.	
11. Les données existantes concernant les liens entre les concepts sont identifiées et analysées	
12. Tous les concepts sont interreliés.	
13. Le modèle donne une vue d'ensemble du phénomène expliqué	
Représentation visuelle	
14. La représentation visuelle du modèle ou cadre de référence est organisée et les concepts sont tous présents	
15. Les concepts issus du même construit sont regroupés visuellement	

16. Les relations entre les concepts sont toutes présentes et illustrées clairement		
Conclusion		
17. Des utilisations du cadre de référence ou du modèle sont proposées en lien avec la recherche et/ou la clinique		
18. Les limites ou faiblesses du cadre de référence ou modèle sont nommées		
19. Des besoins/pistes de recherche sont identifiées		

Fait par :

Date :

Grille d'évaluation de la qualité pour les recensions intégratives des écrits (Whittemore et Knafl, 2005; Beyea et Nicoll, 1998; Kirkevold, 1997; Burns et Grove, 2009).

Notice bibliographique	
Sujet de la recension	

Score total : /25

Critères	Présent=1 Absent= 0
1. Un résumé structuré est présenté.	
<i>«Problem formulation stage»</i>	
2. L'identification du problème ou du sujet de la recension est présentée clairement	
3. Le but de la recension est identifié clairement	
4. Les variables d'intérêt sont identifiées (ex. : concepts, populations cible, problème de soins)	
5. Les types d'études et d'écrits ciblés est précisé (types d'études empiriques, inclusion des écrits théoriques)	
<i>«Literature search stage»</i>	
6. La stratégie de recherche documentaire est bien définie	
7. La stratégie de recherche documentaire combine au moins de 2 à 3 méthodes (ex. : «purposive sampling, comprehensive search», bases de données informatiques, «ancestry searching, journal hand searching, networking, searching research registries»)	
8. Les éléments de la stratégie doivent être documentés et justifiés : <ul style="list-style-type: none"> a. Mots-clés b. Bases de données c. stratégies de recherche additionnelles d. Les critères d'inclusion et d'exclusion des études et écrits 	
9. Au moins deux personnes ont participé à la sélection des sources (écrits) afin de limiter les biais	
<i>«Data evaluation stage»</i>	
10. La méthode d'évaluation de la qualité des écrits est décrite de façon explicite	
11. La méthode d'évaluation de la qualité des écrits est cohérente aux types d'écrits retenus 3 options proposées mais qui demeurent à discuter :	

<ul style="list-style-type: none"> • Études dont le devis est semblable : <ul style="list-style-type: none"> ◦ grille d'évaluation avec des critères spécifiques au devis donnant un score. Identifier le score qui détermine l'inclusion ou l'exclusion de l'étude. • Études avec des devis diversifiés : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Seulement évaluation de la qualité des études dont les résultats sont discordants afin de vérifier si c'est la qualité de l'étude qui est en cause. • Combinaison d'écrits empiriques et théorique : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Approche d'évaluation de la qualité semblable à celle utilisée en recherche historique (<i>«authenticity, quality, informational value and representativeness of available information»</i> [Kirkevold, 1997]); ◦ Techniques d'analyse et de critique des théories pour les articles théoriques ◦ Ou encore, utilisation de deux instruments avec les critères de qualité pour les deux types d'écrits (empirique et théorique). Les instruments comporteraient une échelle à deux points (<i>high</i> ou <i>low</i>) qui porte sur la rigueur méthodologique ou théorique (selon le cas) et sur la pertinence/importance/valeur des résultats pour la recension. 	
12. Au moins deux personnes ont participé à l'évaluation de la qualité des sources (écrits) afin de réduire les biais.	
«Data analysis stage»	
13. La méthode d'analyse des données est identifiée de façon explicite, elle est qualitative et elle est systématique. (Les données sont ordonnées, codifiées, catégorisées et font l'objet d'une synthèse)	
14. L'interprétation des données a fait l'objet d'une vérification externe	
«Conclusion drawing and verification»	
15. Les résultats de la recension sont présentés selon les problèmes/concepts-clés	
16. La force des données probantes est identifiée	
17. Les connaissances insuffisantes ou manquantes sur le sujet sont identifiées / Identifie s'il y a des données de la recherche qui supportent la pratique clinique dont il est question	
18. L'origine de la pratique clinique dont il est question est identifiée	
19. La synthèse qui est présentée intègre l'ensemble des résultats de la recension et amène un portrait complet et une nouvelle conceptualisation du sujet/phénomène.	
20. Des mesures ont été prises pour s'assurer de la justesse de résultats : <ul style="list-style-type: none"> • Les «patterns», les thèmes, les relations et/ou les conclusions sont vérifiés auprès des sources (écrits) pour s'assurer de l'exactitude et de la confirmabilité (pas de biais de la part du chercheur); 	

<ul style="list-style-type: none"> • Des mesures ont été prises pour éviter une fin prématurée de l'analyse; • Des mesures ont été prises pour prévenir l'exclusion de données probantes pertinentes; • Le traitement des données probantes contradictoire est décrit (ex. : compter les fréquences des résultats + vs -, exploration de facteurs pouvant expliquer la variabilité...); • Un journal de bord est tenu pendant l'analyse et documente les décisions, pensées, idées, hypothèses alternatives, intuitions, etc... 		
«Presentation»		
21. Les conclusions sont supportées par des détails explicites venant des écrits.		
22. Les conclusions amènent une compréhension nouvelle du sujet/phénomène		
23. Les implications pour la pratique clinique sont exposées		
24. Les implications pour la recherche sont exposées		
25. Les limitations de la méthodologie utilisée sont nommées de façon explicite.		

ANNEXE F
GUIDE DE DISCUSSION DES GROUPES DE DISCUSSION

Guide de discussion

Arrivées, installations et retards	Inviter à prendre lunch Récupération des formulaires de consentement et des «profil du participant»	15 minutes
Début	Bienvenue Déroutement Raison de l'enregistrement Pas de bonne ou mauvaise réponses, veut tout les points de vue, même contradictoires	2 minutes
Question d'ouverture :	1. On va commencer par se présenter en faisant un tour de table. Dites votre nom, où vous travaillez et qu'elle est votre clientèle principale.	5 minutes
Introduction :	2. Quelle est votre impression générale sur le GP? • Qu'est-ce que vous avez pensé en le lisant?	5 minutes
Question de transition :	3. En ce qui à trait au format , est-ce que GP est facile à consulter ? • C'est organisé de façon claire? De façon pratique? • Y-a-t'il des éléments qui auraient avantage à être restructurés pour faciliter la consultation du guide?	5-10 min
Questions clés :	On va maintenant aborder les différentes sections du guide On va commencer par le cœur du document, c'est-à dire les recommandations pour la pratique clinique. 4. Selon vous, est-ce que les recommandations sont assez claires et assez précises ? (plus le texte/argumentaire qui les accompagne) • Est-ce qu'il y a des recommandations qui ont besoin d'être reformulées ? 5. Les recommandations du guide sont-elles utiles ? • Pour un ergo débutant? Expérimenté? • Est-ce que certaines recommandations pourraient être enlevées ? 6. Est-ce qu'il y a des recommandations qu'on devrait ajouter ? • Des recommandations qui sont utiles ou importantes à suivre dans la pratique mais qui ne sont pas dans le guide?	1h15

7. Les **tableaux et figures** dans la section «Recommandations» sont **utiles? clairs?**
 - Tableau 3 – Dimensions du fonctionnement et ÉCT recommandées
 - Figure 4 – arbre décisionnel
 - Tableau 4 – Sources de données
 - Tableau 5 – Méthodes de collecte
 - Tableau 6 – Stratégies visant la rigueur
8. Est-ce que les **autres sections** du guide sont **utiles à la compréhension des recommandations?**
 - Niveaux de preuve et sommaire des recommandations
 - Généralités
 - Vignette clinique
9. Est-ce que le **contenu** de ces sections est **clair** et facile à comprendre?
10. Les **tableaux et figures** dans les autres sections sont **utiles? Clairs?**
 - Tableau 1 – Niveaux de preuve
 - Figure 1 – Le fonctionnement au travail
 - Figure 2 – Processus de réadaptation au travail
 - Tableau 2 – Objectifs des ÉCT
 - Figure 3 – continuum situant les ÉCT selon la spécificité des résultats
11. Est-ce qu'il y a des éléments dans ces sections qui pourraient être **enlevés?**
12. Est-ce qu'il y a des éléments qui devraient être **ajoutés?**

Questions de la fin :

(Faire un court résumé des discussions)

10 minutes

13. Est-ce que ça résume l'essentiel de ce qui a été dit?

Rappeler le but du focus group.

14. Est-ce qu'il y aurait quelque chose dont on aurait dû parler mais on ne l'a pas fait?

Conclusion

Remerciements

Enveloppes pour les compensations

ANNEXE G
QUESTIONNAIRE PORTANT SUR LE PROFIL DU PARTICIPANT

Projet : Élaboration d'un guide de pratique sur l'évaluation des capacités reliées au travail pour une clientèle présentant une déficience physique.

Profil professionnel des participants

Ergothérapeutes (groupe de discussion focalisée)

- a) Nombre d'années d'expérience en tant qu'ergothérapeute : _____
- b) Nombre d'années d'expérience en réadaptation au travail/évaluation des capacités de travail : _____
- c) Formation suivie en lien avec la réadaptation au travail et/ou l'évaluation des capacités de travail suite à votre formation initiale d'ergothérapeute, SVP cochez :
- Études supérieures (microprogramme, diplôme, maîtrise, doctorat) [] ;
 - Formations continues offertes dans le réseau public [] ;
 - Formations ou certifications offertes par des fournisseurs d'ÉCF (ex. : Matheson and Associates) [] ;
 - Formation/supervision reçue en milieu de travail [] ;
 - Autodidacte [] ;
 - Autre [], précisez : _____
- d) Type de pratique, SVP cochez :
- Pratique privée [] ;
 - Centre de réadaptation en déficience physique [] ;
 - Autre [], précisez : _____
- e) Nombre d'ÉCT et/ou d'ÉCF faites en moyenne par année : _____

Si ce nombre est égal à 0, expliquez pourquoi (ex. : je suis coordonnateur clinique à temps plein) : _____

- f) Auprès de vos clients, travaillez-vous?
- Seul [] ;
 - En collaboration avec une équipe inter ou multidisciplinaire [] ;
 - Autre [], précisez :

ANNEXE H

**LETTRE D'INFORMATION, FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES
PARTICIPANTS DES GROUPES DE DISCUSSION FOCALISÉE ET
APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

Sherbrooke, 2 février 2009

Nom
Adresse
Ville et code postal

Objet : Participation au projet de recherche «Élaboration d'un guide de pratique sur l'évaluation des capacités reliées au travail pour une clientèle en déficience physique»

Madame..., Monsieur,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude. Comme discuté lors de notre conversation téléphonique, votre expertise en réadaptation au travail est un atout précieux pour ce projet et conséquemment pour le développement de la pratique en ergothérapie. Vous comptez parmi un petit nombre d'ergothérapeutes invités à donner leur avis sur une première version d'un guide de pratique portant sur l'évaluation des capacités reliées au travail pour une clientèle présentant une déficience physique. Ceci se fera via un groupe de discussion focalisée où chacun sera invité à partager son point de vue en fonction de ses connaissances et son expérience clinique.

Vous trouverez ci-joint une copie du guide de pratique. Pour la rencontre, vous devez avoir pris connaissance de l'ensemble du guide et du formulaire de consentement. De plus, vous trouverez les instructions concernant la date et le lieu de la rencontre. Nous vous prions d'apporter ces documents avec vous lors de la rencontre.

Il me fera un grand plaisir de répondre à toute question de votre part. Vous pouvez me rejoindre au 819-346-8411 ou sans frais au 1-800-361-1013, poste 43147 ou encore par courriel à l'adresse suivante : sophie.roy3@usherbrooke.ca. Si vous ne pouvez vous présenter au groupe de discussion, communiquez directement avec moi, par téléphone ou par courriel.

Au plaisir de vous rencontrer bientôt!

Sophie Roy
Étudiante responsable de
l'étude
Programme sciences
cliniques
Université de Sherbrooke
Ergothérapeute
Centre de réadaptation Estrie
300, King Est, Bureau 200
Sherbrooke (Qué), J1G 1B1

Marie-José Durand
Directrice de recherche
Professeur titulaire
Université de Sherbrooke

Hélène Corriveau
Codirectrice de recherche
Professeur titulaire
Université de Sherbrooke

Pièces jointes : Guide de pratique sur l'évaluation des capacités reliées au travail pour une
clientèle en déficience physique
Formulaire de consentement
Instructions pour le groupe de discussion focalisée

(exemple)

Instructions pour le groupe de discussion focalisée

Date : 25 février 2009
Heure : 17h00 à 19h00
Lieu : Centre de réadaptation Estrie
Complexe St-Vincent
300, rue King Est
Sherbrooke, Québec

Local 0721

Pour se rendre au local 0721 :

À partir de l'entrée principale (rue King Est), se rendre à la rotonde, puis prendre le corridor à droite. Vous trouverez les ascenseurs. Descendre au niveau 0. En sortant de l'ascenseur, aller à gauche, suivez le corridor. En tournant le coin, vous faites quelques pas et vous êtes rendu.

Prendre note que le stationnement au Complexe St-Vincent est payant (3,00\$).



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
Ergothérapeutes (groupe de discussion focalisée)

Titre du projet: Élaboration d'un guide de pratique sur l'évaluation des capacités reliées au travail pour une clientèle présentant une déficience physique.

Étudiante responsable du projet : Sophie Roy, ergothérapeute
Étudiante à la maîtrise en science cliniques à la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke
Centre de réadaptation Estrie
300, rue King Est, bureau 200
Sherbrooke (Québec)
J1G 1B1
(819) 346-8411, poste 43147
1-800-361-1013

Directrice de recherche: Marie-José Durand Ph.D.
Centre d'Action en prévention et Réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT)
1111, rue St-Charles Ouest, bureau 101
Longueuil (Québec)
J4K 5G4
(450) 674-5908

Codirectrice de recherche : Hélène Corriveau Ph.D
Centre de recherche sur le vieillissement
1036, rue Belvédère
Sherbrooke (Québec)
J1H 4C4
(819) 821-1150, poste 45427

Nous sollicitons votre participation à titre d'ergothérapeute expert à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIF DU PROJET DE RECHERCHE

Cette étude vise l'élaboration d'un guide de pratique portant sur l'évaluation des capacités reliées au travail (ÉCT) pour une clientèle présentant une déficience physique et est destiné aux ergothérapeutes œuvrant au Québec dans le domaine de la réadaptation au travail.

L'évaluation des capacités reliées au travail est une pratique courante en réadaptation. Plusieurs auteurs rapportent cependant une variation importante de la pratique clinique et ce, particulièrement sur le choix et l'application des évaluations utilisées. Cette variabilité amène un questionnement sur la qualité de cette intervention évaluative et conséquemment celle des résultats qui en sont issus. Les écrits recommandent l'utilisation de guides de pratique pour réduire une variation inappropriée de la pratique clinique. Un guide de pratique consiste en des «propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données» (The AGREE Collaboration, 2002). Actuellement, un tel guide de pratique est inexistant pour l'ÉCT.

Aux différentes étapes de l'élaboration du guide de pratique, des cliniciens experts, des chercheurs en réadaptation au travail ainsi que différents détenteurs d'enjeux (ergothérapeutes, coordonnateurs cliniques et conseillers en réadaptation) seront consultés sur le contenu et la forme du guide de pratique afin d'en assurer la qualité et l'applicabilité. En tout une quarantaine de participants seront recrutés dans différentes régions du Québec.

Vous avez été choisis car vous êtes un ergothérapeute expérimenté qui œuvre dans le domaine de la réadaptation au travail et votre expertise est reconnue par vos pairs.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation au projet de recherche comprend la lecture d'une version préliminaire du guide de pratique qui sera à votre disposition pendant une période de 3 à 4 semaines. Par la suite, vous participerez à un groupe de discussion focalisée avec cinq autres ergothérapeutes expérimentés en réadaptation au travail. La discussion portera sur le domaine couvert par le guide de pratique, à savoir s'il est complet et représentatif de la réalité clinique. La rencontre, d'une durée approximative de 2 heures, fera l'objet d'un enregistrement audio numérique.

2008-02-28

2 de 5

Initiales du participant : _____

13-03-08 WP

Vous remplirez également un court questionnaire afin de nous communiquer les informations relatives à votre profil professionnel (ex. : nombres d'années d'expériences). Ces informations serviront à décrire globalement le groupe de participants (statistiques descriptives) en prenant soins qu'aucun participant en particulier ne puisse être identifié.

Nous vous demandons cependant de ne pas diffuser le guide de pratique sous sa forme préliminaire, étant donné que des modifications importantes sont probables au cours de projet. ~~Nous vous demandons également de garder confidentiel le contenu des discussions pendant le groupe.~~ Nous vous enverrons une copie électronique de la version finale du guide à la fin du projet.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Votre participation ne comporte aucun risque physique. Néanmoins, vous pourriez éprouver un certain inconfort à l'idée de discuter certains aspects de votre travail ou à émettre votre point de vue devant un groupe de pairs. Si vous en ressentez le besoin, le chercheur principal est disponible pour en discuter avec vous.

AVANTAGES

Vous ne recevrez aucun avantage personnel en participant à cette étude. Cependant, vous pourriez apprécier avoir accès au contenu scientifique de la version préliminaire du guide de pratique et également apprécier de discuter avec d'autres ergothérapeutes expérimentés.

Vous avez été décrit comme un expert dans le domaine et votre participation est essentielle pour s'assurer que le guide de pratique soit représentatif des réalités cliniques des ergothérapeutes. En participant à ce projet de recherche, vous allez aider à améliorer la pratique de l'évaluation des capacités de travail.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans préjudice d'aucune nature, en faisant connaître votre décision à l'étudiante responsable du projet ou à ses directeurs de recherche.

CONFIDENTIALITÉ

L'enregistrement audionumérique de la discussion de groupe demeurera confidentiel et sera utilisé strictement aux fins de la présente recherche. La confidentialité sera assurée en dépersonnalisant le contenu de la discussion lors de sa retranscription.

L'enregistrement et sa retranscription seront gardés sous clé, sans que votre nom y apparaisse, par la l'étudiante responsable du projet, au Centre de réadaptation Estrie situé à Sherbrooke, pour une durée de dix ans. Seuls les résultats de groupe seront présentés. Ces résultats seront diffusés sous forme d'article scientifique ou de présentations dans des colloques.

Afin de pouvoir communiquer avec vous, vos coordonnées seront conservées dans un répertoire maintenu par le chercheur pour la durée de l'étude.

2008-02-28

3 de 5

Initiales du participant : _____

13-03-08 WP

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre pour approbation toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

COMPENSATION

Vous ne serez pas payé pour participer à cette étude. Cependant, vous aurez un goûter léger et des rafraîchissements lors de la rencontre. Vous recevrez également un montant forfaitaire de 40.00\$ comme dédommagement pour votre temps, vos frais de déplacement et de stationnement.

INDEMNISATION

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leur responsabilité civile et professionnelle.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante responsable du projet ou à ses directrices de recherche aux numéros apparaissant à la première page de ce formulaire.

Vous pouvez également contacter le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS au numéro : 819-346-1110 poste 1-2856 ou 1-3861.

2008-02-28

4 de 5

OÉR chez l'humain du CHUS
APPROUVÉ : 13-03-08 *lp*
Initiales du participant : _____

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu et compris les informations du présent formulaire d'information et de consentement. J'ai pu poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes. Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet.

Je recevrai une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement. L'original sera déposé sous clef, au Centre de réadaptation Estrie.

Nom du participant (lettres moulées) Signature du participant Date

Nom du témoin (lettres moulées) Signature du témoin Date

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et en remettre copie signée au sujet de recherche.

Nom de la personne qui obtient le consentement (lettres moulées) Signature de la personne qui obtient le consentement Date

Nom du chercheur (lettres moulées) Signature du chercheur Date

2008-02-28

5 de 5

Initialiales du participant : _____
CÉR chez l'humain du CHUS
APPROUVE : 13-03-08 wp

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE de SHERBROOKE****CENTRE DE
RECHERCHE
CLINIQUE****Hôpital Fleurmont
3001, 12^e Ave N
J1H 5N4**

Le 14 mars 2008

Dre Marie-José Durand
Dept. Santé Communautaire, Hôpital Charles
Hôpital Charles-Lemoyne

OBJET: Projet # 08-014

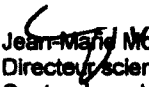
Élaboration d'un guide de pratique sur l'évaluation des capacités reliées au travail
pour une clientèle présentant une déficience physique.

Dre Durand ,

Nous aimerions, par la présente, vous aviser que votre protocole de recherche cité en rubrique a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche sur l'humain du CHUS.

Les conditions requises à la réalisation de ce projet de recherche étant réunies, il nous fait plaisir de vous autoriser à débiter l'étude.

Vous souhaitant tout le succès escompté dans le déroulement de cette étude, je vous prie de croire à l'expression de mes sentiments les plus distingués.


Jean-Marie Moutquin, M.D.
Directeur scientifique
Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel

/hl

cc:



**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
EN SANTÉ CHEZ L'HUMAIN**

Le 13 mars 2008

Dre Marie-José Durand
Dept. Santé Communautaire, Hôpital Charles Lemoyne - Tél. : 450
Hôpital Charles-Lemoyne

OBJET: Projet # 08-014

Élaboration d'un guide de pratique sur l'évaluation des capacités reliées au travail pour une clientèle présentant une déficience physique.

Dre Durand,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke a évalué les aspects scientifique et éthique du protocole de recherche cité et, à ce titre, votre projet a été approuvé. À cet effet, veuillez trouver ci-joint le formulaire d'approbation.

Espérant le tout à votre convenance, je vous prie d'agréer mes sentiments distingués.

1 M. - >
Y

Jean-Pierre Tétrault, M.D.
Président du comité

Téléphone: 819 346-1110, postes 12656-13661-13670
Télécopieur: 819 820-6498
Courriel électronique: jp.tetrault.chus@ssss.gouv.qc.ca
Site WEB: www.crc.chus.qc.ca

HÔPITAL FLEURIMONT
3001, 12^e Avenue Nord
Bureau Z5-3031
Fleurimont (Québec) J1H 5N4

APPROBATION ET ATTESTATION

Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et
de l'Université de Sherbrooke

APRIL Marie-Josée, Ph.D. éthicienne, Faculté de Médecine
BAILLARGEON, Jean-Patrice, M.D., service d'endocrinologie, CHUS, vice-président
BEAUPRÉ, Me Michèle, avocate, extérieur
BOLDUC, Brigitte, pharmacienne, CHUS
BOURGAULT, Patricia, Ph.D., infirmière, FMSS
BRISSON, Sophie, avocate, extérieur
CABANA, François, M.D., orthopédiste, CHUS
CHIANETTA, Jean-Marc, résident en psychiatrie, CHUS
CLOUTIER, Sylvie, pharmacienne, CHUS, vice-présidente
CLOUTIER, Yvan, éthicien, extérieur
DESROSIERES, Nicole, représentante du public
FROST, Eric, Ph.D., département de microbiologie, CHUS
GAGNÉ, Ginette, représentante du public
GIRARDIN, Colette, M.D. département de pédiatrie, CHUS
LANGEVIN, Chantal, Infirmière, CII-CHUS
LEBLOND, Julie, pharmacienne, CHUS
LETELLIER, Marc, Ph.D., département de biochimie, CHUS
NORMANDIN, Denyse, M.D., chirurgie cardiovasculaire pédiatrique, CHUS
PINEAULT, Caroline, représentante du public
ROBERGE, Jean-Pierre, représentant du public
ROUSSEAU, Marie-Pierre, Pharmacienne, CHUS
TÉTRAULT, Jean-Pierre, anesthésiologiste, CHUS, président

En raison de son implication dans le projet de recherche, la personne suivante, membre du comité d'éthique, n'a pas participé à son évaluation ou à son approbation S/Q

Approbation demandée par: Dre Marie-José Durand

Pour le projet # 08-014

Élaboration d'un guide de pratique sur l'évaluation des capacités reliées au travail pour une clientèle présentant une déficience physique.

Approbation donnée par la présidence le 13 mars 2008 pour 12 mois.

☒ Protocole complet : 28 janvier 2008

☒ Formulaire de consentement principal : 28 février 2008 groupe de discussion focalisée: v. française

☒ Autre formulaire de consentement : 28 février 2008 entrevues, méthode Delphi: v. française

☐ Questionnaire(s) :

☐ Amendement # : . Date amendement :

☐ Autre :

Brochure / Monographie reçue pour évaluation:

En ce qui concerne l'essai clinique visé, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche, je certifie que:

1. La composition de ce comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
2. Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques, et
3. Ce comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.

Signé par:

Jean-Pierre Tétrault, M.D.
Président du comité

13 mars 2008

Date de la signature
Date de la signature

ANNEXE I
OUTIL AGREE

MODE D'EMPLOI

**Avant d'utiliser la grille AGREE,
merci de lire attentivement les instructions suivantes**

1. Structure et contenu de la grille

La grille comprend 23 critères ou items qui sont organisés en 6 domaines. Chaque domaine est conçu pour décrire une dimension particulière de la qualité des recommandations pour la pratique clinique.

« **Champ et objectifs** » (item 1-3) concerne l'objectif global de la RPC, les questions cliniques abordées et les groupes de patients cibles.

« **Participation des groupes concernés** » (item 4-7) examine dans quelle mesure la RPC prend en considération les points de vue des utilisateurs potentiels.

« **Rigueur d'élaboration** » (item 8-14) décrit le processus de recherche et de synthèse des preuves scientifiques ainsi que les méthodes utilisées pour formuler les recommandations et pour les actualiser.

« **Clarté et présentation** » (item 15-18) étudie la formulation et le format des RPC.

« **Applicabilité** » (item 19-21) examine la prise en compte dans la RPC de ses conséquences en terme d'organisation, de changement d'attitude et de coût lors de son application.

« **Indépendance éditoriale** » (item 22-23) concerne l'indépendance d'une RPC et l'identification des possibles conflits d'intérêts au sein du groupe d'élaboration.

2. Documentation

Avant d'évaluer une RPC, toutes les informations concernant le processus d'élaboration devraient être recherchées. Ces informations peuvent être contenues dans le même document que les recommandations ou résumées dans un rapport technique et méthodologique séparé, un article publié ou un document institutionnel.

Nous conseillons de lire le texte de la RPC et les documents complémentaires avant de commencer l'évaluation.

3. Nombre d'évaluateurs

Afin d'accroître la fiabilité de l'évaluation, une RPC devrait être revue par au moins 2 lecteurs et si possible 4.

4. Échelle de réponse

Chaque item est coté sur une échelle à quatre points allant de 4 « tout à fait d'accord » à 1 « pas du tout d'accord » avec deux points intermédiaires : 3 « d'accord » et 2 « pas d'accord ». L'échelle mesure le degré d'accord avec le critère :

- si vous êtes sûr(e) que le critère a été entièrement respecté, répondez « tout à fait d'accord » ;
- si vous êtes sûr(e) que le critère n'a pas du tout été respecté ou s'il n'y a pas de renseignements disponibles, répondez « pas du tout d'accord » ;
- si vous n'êtes pas sûr(e) que le critère a été respecté, par exemple parce que les renseignements ne sont pas clairs ou parce que seule une partie de la recommandation remplit le critère, répondez « d'accord » ou « pas d'accord » en évaluant jusqu'à quel point vous pensez que la question a été abordée.

5. Guide de l'utilisateur

Des renseignements supplémentaires sont donnés dans le « guide de l'utilisateur » en regard de chaque item. Ces renseignements sont destinés à vous aider à comprendre les questions et les concepts abordés par l'item. Merci de lire soigneusement ce guide avant de donner votre réponse.

6. Commentaires

Chaque item est accompagné d'une case pour des commentaires. Utilisez cette case pour justifier votre réponse. Par exemple, vous pouvez être "pas du tout d'accord parce que l'information n'est pas disponible, l'item n'est pas applicable ou la méthode décrite dans les renseignements fournis est inadéquate. La dernière page de la grille prévoit un espace pour des commentaires supplémentaires.

7. Calcul des scores par domaine

Les scores standardisés par domaine peuvent être calculés en additionnant les scores de tous les items constituant ce domaine et en rapportant ce total comme le pourcentage du score maximal possible pour le domaine.

Exemple: si 4 évaluateurs donnent les scores suivants pour le domaine 1 (champ et objectifs de la RPC) :				
	Item 1	Item 2	Item 3	Total
Évaluateur 1	2	3	3	8
Évaluateur 2	3	3	4	10
Évaluateur 3	2	4	3	9
Évaluateur 4	2	3	4	9
Total	9	13	14	36
Score maximal possible = 4 (tout à fait d'accord) x 3 (item) x 4 (évaluateur) = 48				
Score minimal possible = 1 (pas du tout d'accord) x 3 (item) x 4 (évaluateur) = 12				
Le score standardisé par domaine se calcule de la manière suivante :				
$\frac{\text{score obtenu} - \text{score minimal possible}}{\text{score maximal possible} - \text{score minimal possible}} =$				
$\frac{36 - 12}{48 - 12} = \frac{24}{36} = 0.67 \times 100 = 67 \%$				

Remarque importante

Les six domaines sont indépendants et ne devraient pas être agrégés en un score global de qualité. Les scores par domaine peuvent être utiles pour comparer des RPC et aider à la décision d'utiliser ou non une RPC. Par contre, il n'est pas possible d'établir des seuils pour les scores par domaine qui permettraient de distinguer des « bonnes » ou des « mauvaises » RPC.

8. Évaluation globale

Une section « Évaluation globale » se trouve à la fin de la grille. Elle comprend une série d'options : « fortement recommandé », « recommandé avec certaines réserves ou après modifications », « non recommandé » et « incertain ». L'évaluation globale implique que le lecteur effectue un jugement de la qualité d'une RPC en prenant en considération l'ensemble des critères d'évaluation.

Champ et objectif(s) de la RPC

1. L'(les) objectif(s) de la RPC est (sont) décrit(s) explicitement.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

2. La (les) question(s) clinique(s) couverte(s) par la RPC est(sont) décrite(s) explicitement.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

3. Les patients auxquels la RPC doit s'appliquer sont décrits explicitement.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

Guide de l'utilisateur

Champ et objectif(s) de la RPC

1. Cet item traite des répercussions potentielles d'une RPC sur la santé d'une population ou de groupes de patients. Le (ou les) objectif(s) de la RPC devrait(ent) être décrit(s) de façon détaillée et les bénéfices attendus en terme de santé devraient être spécifiques de la situation clinique. Par exemple :

- prévention des complications (à long terme) des patients diabétiques ;
- diminution du risque d'événements vasculaires ultérieurs chez les patients ayant eu un infarctus du myocarde ;
- prescription rationnelle des antidépresseurs en fonction de leur rapport coût-efficacité.

2. Une description détaillée des questions cliniques traitées par la RPC devrait être fournie en particulier pour les recommandations clés (voir item 15). Pour illustrer chacun des exemples cités sous l'item 1, des propositions de questions cliniques détaillées pourraient être :

- Combien de fois par an l'HbA1c devrait-elle être mesurée chez les patients diabétiques ?
- Quel devrait être le dosage quotidien de l'aspirine chez les patients ayant eu un infarctus du myocarde prouvé ?
- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ont-ils un meilleur rapport coût-efficacité que les antidépresseurs tricycliques (ATC) dans le traitement de patients dépressifs ?

3. La population cible visée par la RPC devrait être clairement décrite. L'âge, le sexe, la situation clinique et les comorbidités devraient être précisés. Par exemple :

- une RPC sur la prise en charge du diabète sucré chez l'adulte inclut uniquement les patients diabétiques non insulino-dépendants et exclut les patients avec une comorbidité cardio-vasculaire ;
- une RPC sur la prise en charge de la dépression inclut uniquement les patients avec une dépression sévère selon les critères du DSM-IV et exclut les patients avec des symptômes psychotiques et les enfants ;
- une RPC sur le dépistage du cancer du sein inclut uniquement les femmes entre 50 et 70 ans sans antécédent de cancer, ni anamnèse familiale de cancer du sein.

Participation des groupes concernés

4. Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

5. Les opinions et les préférences des patients ont été identifiées.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

7. La RPC a été testée auprès des utilisateurs cibles.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

Guide de l'utilisateur

Participation des groupes concernés

4. Cet item fait référence aux professionnels impliqués à un stade ou à un autre dans le processus d'élaboration de la RPC. Il peut s'agir des membres du comité d'organisation (ou de pilotage) et du groupe de travail impliqués dans la sélection et la revue des preuves scientifiques ainsi que dans la formulation des recommandations finales. Cet item exclut les personnes qui ont fait une revue externe de la RPC (voir item 13). Des renseignements devraient être fournis sur la composition, les disciplines représentées et le type d'expertise des membres du groupe de travail.
5. Les expériences des patients et leurs attentes devraient être prises en compte dans l'élaboration de la RPC. Il existe plusieurs méthodes pour assurer la prise en compte de l'avis des patients dans l'élaboration d'une RPC. Par exemple, le groupe de travail pourrait comprendre des représentants des patients ; l'information pourrait être obtenue lors d'entretiens avec des patients ; des revues de la littérature sur les expériences des patients pourraient être prises en considération. Il devrait être clairement indiqué que ce processus a bien eu lieu.
6. Les utilisateurs cibles devraient être clairement définis dans la RPC afin qu'ils puissent déterminer immédiatement si la RPC leur est pertinente. Par exemple les utilisateurs cibles d'une RPC sur le mal de dos peuvent être les médecins généralistes, les neurologues, les chirurgiens orthopédiques, les rhumatologues et les kinésithérapeutes ou physiothérapeutes.
7. Une RPC devrait avoir été testée pour validation complémentaire parmi des utilisateurs cibles avant sa publication. Par exemple une RPC peut avoir été testée dans un ou plusieurs services de soins. Ce processus devrait être documenté.

Rigueur d'élaboration de la RPC

8. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

9. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en terme de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

Guide de l'utilisateur

Rigueur d'élaboration de la RPC

8. Les détails de la stratégie de recherche des preuves scientifiques devraient être fournis, c'est-à-dire les mots clés utilisés, les sources consultées et la période couverte par la recherche de littérature. Les sources peuvent inclure les banques de données électroniques (par exemple MEDLINE, EMBASE, CINAHL), des banques de données de revues systématiques (par exemple la *Cochrane Library*, DARE), de conférences de consensus, de RPC, (par exemple *the US National Guideline Clearinghouse*, *the German Guidelines Clearinghouse* etc.), une recherche manuelle dans les revues scientifiques et la revue des résumés de congrès.

9. Les critères d'inclusion ou d'exclusion des preuves scientifiques identifiées par la recherche devraient être fournis. Ces critères devraient être décrits explicitement et les raisons pour inclure ou exclure les preuves scientifiques devraient être clairement formulées. Par exemple les auteurs de la RPC peuvent décider d'inclure uniquement les preuves provenant d'essais cliniques randomisés et/ou d'exclure les articles de langue autre que française ou anglaise.

10. Il devrait y avoir une description des méthodes utilisées pour formuler les recommandations et pour parvenir aux décisions finales (par exemple méthodes Delphi, Glaser). Les points de désaccord et les méthodes utilisées pour les résoudre devraient être spécifiés.

11. La RPC devrait considérer les bénéfices des recommandations, leurs effets secondaires et leurs risques en terme de santé. Par exemple une RPC sur la prise en charge du cancer du sein peut comprendre une discussion des répercussions des recommandations sur différentes conséquences de la maladie et de ses traitements ; cela peut inclure la survie, la qualité de vie, les effets secondaires et la prise en charge des symptômes ou encore une discussion comparant différentes options thérapeutiques. Les preuves que ces questions ont été abordées devraient être présentées.

12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

Clarté et présentation

15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

Guide de l'utilisateur

12. Il devrait y avoir un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent. Chaque recommandation devrait être associée à une liste de références sur lesquelles elle est basée.

13. Une RPC devrait être soumise à un comité de lecture externe avant publication. Les experts externes ne devraient pas avoir été impliqués dans le groupe de travail ayant assuré l'élaboration et devraient comprendre des experts du domaine clinique ainsi que des experts en méthodologie. Des représentants des patients peuvent également être inclus. Une description des méthodes utilisées pour effectuer la revue externe devrait être présentée, pouvant comprendre une liste des experts externes et leurs affiliations.

14. Les RPC doivent refléter l'état actuel de la recherche. La procédure d'actualisation de la RPC devrait être clairement énoncée. Par exemple un calendrier est précisé ou un groupe de suivi reçoit régulièrement une littérature actualisée et effectue les changements qui s'imposent.

Clarté et présentation

15. Sur la base des preuves scientifiques disponibles, une recommandation devrait fournir une description concrète et précise de la prise en charge appropriée, de la situation et du groupe de patients cibles.

- un exemple de recommandation spécifique est : les antibiotiques doivent être prescrits chez les enfants de deux ans ou plus avec une otite moyenne aiguë si les symptômes durent plus de 3 jours ou s'ils augmentent après la consultation malgré un traitement antalgique adéquat : dans ces cas un traitement par amoxicilline devrait être donné durant 7 jours (avec indication de la posologie).
- un exemple de recommandation floue est : les antibiotiques sont indiqués pour les cas présentant une évolution anormale ou compliquée.

Cependant les preuves ne sont pas toujours très précises et il peut y avoir une incertitude sur la meilleure prise en charge. Dans ces cas, l'incertitude devrait être signalée dans la RPC.

16. Les différentes options pour la prise en charge de la situation clinique sont clairement présentées.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

18. La RPC est accompagnée d'outils permettant son application.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

Applicabilité

19. Les barrières organisationnelles potentielles à l'application des recommandations ont été discutées.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

Guide de l'utilisateur

16. Une RPC devrait examiner les différentes options possibles pour dépister, prévenir, diagnostiquer ou traiter la situation médicale considérée. Ces options devraient être clairement présentées dans la RPC. Par exemple une recommandation sur la prise en charge de la dépression pourrait comprendre les alternatives suivantes:

- a. Traitement avec des antidépresseurs tricycliques
- b. Traitement avec des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
- c. Psychothérapie
- d. Association de thérapies pharmacologique et psychologique

17. Les utilisateurs devraient être en mesure d'identifier facilement les recommandations clés. Ces recommandations répondent aux questions cliniques principales couvertes par la RPC. Elles peuvent être identifiées de différentes façons. Par exemple elles peuvent être résumées dans un tableau, écrites en caractères gras, soulignées ou présentées sous forme d'arbres de décision ou d'algorithmes.

18. Pour être efficace, une RPC doit être diffusée et mise en œuvre à l'aide de documents spécifiques. Il peut s'agir, par exemple, d'un document résumé, d'un bref guide de référence, de matériel éducatif, de brochures pour les patients ou d'un support informatique. Ces documents devraient être fournis avec la RPC.

Applicabilité

19. L'application des recommandations peut impliquer des changements dans l'organisation actuelle des soins dans un service, un cabinet ou un centre médical, ce qui peut constituer une barrière à leur utilisation de routine. Les changements organisationnels qui pourraient être nécessaires pour appliquer les recommandations devraient être discutés. Par exemple :

- une RPC sur les accidents vasculaires cérébraux peut recommander que les soins soient coordonnés par des unités et services spécialisés dans les accidents vasculaires cérébraux ;
- une RPC sur la prise en charge du diabète en médecine générale peut impliquer que les patients soient vus en consultation et suivis dans un service spécialisé dans le diabète.

20. L'impact économique de l'application des recommandations a été examiné.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

21. La RPC propose des critères permettant le suivi de l'adhésion aux recommandations et/ou la réalisation d'audit.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

Indépendance éditoriale

22. La rédaction de la RPC est indépendante des organismes de financement.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

23. Les conflits d'intérêts des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été documentés.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

Guide de l'utilisateur

20. La mise en œuvre des recommandations peut nécessiter des ressources supplémentaires, par exemple du personnel spécialisé supplémentaire, un nouvel équipement ou un traitement médicamenteux onéreux. Ceci peut avoir des conséquences budgétaires. Les répercussions économiques de l'application de la RPC devraient être discutées.

21. Mesurer l'adhésion à une RPC peut améliorer son utilisation. Cela nécessite des critères de suivi clairement définis, dérivés des recommandations clés de la RPC. Ils doivent être présentés. Des exemples de critères de suivi sont :

- l'HbA1c devrait être < 8,0 %
- le niveau de la tension artérielle diastolique devrait être < 95 mmHg
- en cas d'otite moyenne aiguë, si les symptômes persistent au-delà de trois jours, un traitement par amoxicilline doit être entrepris.

Indépendance éditoriale

22. Certaines RPC sont développées avec un soutien financier extérieur (par exemple financement public, organisations caritatives, compagnies pharmaceutiques). L'aide peut être apportée sous forme d'une contribution financière pour l'ensemble du processus ou pour certaines parties uniquement, par exemple l'impression des RPC. Il devrait être clairement indiqué que les opinions ou les intérêts des organismes financeurs n'ont pas influencé les recommandations finales.

S'il est mentionné que la RPC a été développée sans financement extérieur, vous devez répondre « tout à fait d'accord ».

23. Dans certaines circonstances des membres du groupe de travail peuvent avoir des conflits d'intérêts. Par exemple ceci s'appliquerait à un membre du groupe de travail dont la recherche sur un thème couvert par la RPC est parallèlement financée par une compagnie pharmaceutique. Il devrait y avoir un énoncé explicite indiquant que tous les membres du groupe de travail ont déclaré l'existence ou non d'un conflit.

Autres commentaires

Évaluation globale

Recommanderiez-vous l'utilisation de ces RPC en pratique ?

Fortement recommandé ☐

Recommandé avec certaines réserves ou après
modifications ☐

Non recommandé ☐

Incertain ☐

ANNEXE J
L'ÉVALUATION DES CAPACITÉS RELIÉES AU TRAVAIL POUR UNE
CLIENTÈLE PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE : GUIDE DE
PRATIQUE À L'INTENTION DES ERGOTHÉRAPEUTES

Réadaptation au travail

Études et recherches

GUIDE TECHNIQUE RG-703



**L'évaluation des capacités liées au travail
pour une clientèle présentant une déficience physique**

Guide de pratique à l'intention des ergothérapeutes

*Sophie Roy
Marie-José Durand
Hélène Corriveau*





Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

NOS RECHERCHES

travaillent pour vous !

Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes.

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

Assurer la diffusion des connaissances, jouer un rôle de référence scientifique et d'expert.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Pour en savoir plus

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour.

De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement.
www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine Prévention au travail, publié conjointement par l'Institut et la CSST.
Abonnement : 1-877-221-7046

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales
2011

ISBN : 978-2-89631-564-2 (PDF)

ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications

505, boul. De Maisonneuve Ouest

Montréal (Québec)

H3A 3C2

Téléphone : 514 288-1551

Télécopieur : 514 288-7636

publications@irsst.qc.ca

www.irsst.qc.ca

© Institut de recherche Robert-Sauvé

en santé et en sécurité du travail,

août 2011



Réadaptation au travail

Études et recherches

■ GUIDE TECHNIQUE RG-703

L'évaluation des capacités reliées au travail pour une clientèle présentant une déficience physique

Guide de pratique à l'intention des ergothérapeutes

Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

Sophie Roy¹, Marie-José Durand²⁻³, Hélène Corriveau²

¹Centre de réadaptation Estrie

²Université de Sherbrooke

³CAPRIT, Université de Sherbrooke

Cliquez recherche
www.irsst.qc.ca



Cette publication est disponible
en version PDF
sur le site Web de l'IRSST.

Cette étude a été financée dans le cadre d'une entente de partenariat entre l'IRSST et le REPAR, un réseau du FRSQ.
Les conclusions et recommandations sont celles des auteurs.

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSST

Les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document
ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les organismes suivants pour leur support matériel et financier à l'élaboration du présent document.



Table des matières

Introduction	1
 Section 1	
Généralités	5
Le travail	5
Définition de l'ÉCT	5
Modèle du fonctionnement au travail	6
Processus de réadaptation au travail	9
Objectifs des ÉCT	12
Catégories d'ÉCT	12
Les évaluations des capacités fonctionnelles	12
Les évaluations en milieu de travail	14
 Section 2	
Recommandations pour la pratique clinique	19
L'ÉCT doit être sécuritaire	19
L'ÉCT doit être complète	20
L'ÉCT doit être précoce	24
L'ÉCT doit être continue	24
L'ÉCT doit être utile	25
L'ÉCT doit être flexible	30
L'ÉCT doit être pratique	31
L'ÉCT doit être exacte et crédible	31
 Section 3	
Vignette clinique	41
 Section 4	
Élaboration du GP	47

Sommaire des recommandations	49
Glossaire	55
Références	59
Annexe - Classement des références retenues par niveaux de preuve scientifique	65

Liste des figures

Figure 1 - Le fonctionnement au travail, traduit de Sandqvist et Henricksson (32).....	8
Figure 2 – Processus de réadaptation au travail (1; 29).....	11
Figure 3 - Continuum situant les ÉCT selon la spécificité des résultats.....	15
Figure 4 - Arbre décisionnel pour le choix du type d'ÉCT à utiliser.....	29

Liste des tableaux

Tableau 1 - Objectifs des ÉCT	13
Tableau 2 – Dimensions du fonctionnement au travail et ÉCT recommandées	26
Tableau 3 – Sources de données	32
Tableau 4 – Méthodes de collecte de données.....	33
Tableau 5 – Stratégies visant la rigueur de l'ÉCT.....	37
Tableau 6 – Niveaux de preuve des données probantes (58)	47
Tableau 7 - Description des documents retenus pour la rédaction du GP en fonction des niveaux de preuve.....	65

Introduction

Au Québec, les ergothérapeutes sont fréquemment impliqués dans la réalisation des évaluations des capacités reliées au travail (ÉCT) des personnes présentant une déficience physique, que ce soit seul, ou en collaboration avec une équipe multidisciplinaire. Or, il est reconnu dans ce domaine que la pratique professionnelle est très variable (1; 2; 3). Plusieurs facteurs expliquent cette variabilité comme le peu de formations disponibles, l'étendue de l'expérience des cliniciens (1; 4; 5; 6; 7), l'insuffisance de modèles conceptuels (8; 9), le manque de disponibilité et d'accessibilité des outils d'évaluation pour les cliniciens (10; 7), les pauvres qualités métrologiques des outils ou le manque d'étude de celles-ci (11; 12; 13; 3; 14; 15; 16) ainsi que le manque de standards de pratique (17; 18; 3; 19). Par conséquent, cette grande variabilité des pratiques évaluatives par les cliniciens amène un questionnement sur la qualité des services que reçoivent les personnes évaluées (19). En effet, si les conclusions de l'évaluation d'une même personne peuvent varier en raison de pratiques évaluatives différentes, des risques de préjudices sont présents. Actuellement une des solutions proposées pour réduire la variabilité de la pratique clinique et d'en rehausser la qualité est l'utilisation de guides de pratique (GP) (20; 21; 22). Un GP est un outil mis à la disposition des cliniciens afin de leur fournir une source d'information sur les données probantes actuelles et ainsi éclairer leur décision clinique (20). Le présent GP consiste en des recommandations développées de manière systématique pour aider l'ergothérapeute et le client à choisir les stratégies d'évaluation les plus appropriées pour procéder à l'ÉCT.

Ce GP comporte plusieurs sections. La première section présente les concepts liés au fonctionnement au travail et à l'ÉCT, puis il situe l'ÉCT dans le processus de réadaptation. Il est recommandé de lire d'abord cette section afin de bien comprendre la terminologie et les concepts utilisés dans le libellé des recommandations. À la seconde section du document, les recommandations pour la pratique clinique sont présentées. Par la suite à la section 3, une vignette clinique est utilisée pour illustrer l'actualisation des recommandations dans la pratique. La section 4 présente un sommaire des recommandations de même qu'un résumé du processus de développement du présent GP et la signification des niveaux de preuve scientifique.

Section 1

Généralités

Généralités

Avant d'aborder en détail les recommandations pour la pratique clinique il est nécessaire de : 1) définir certains concepts, à savoir : le travail et l'évaluation des capacités reliées au travail (ÉCT); 2) présenter le modèle conceptuel du fonctionnement au travail utilisé dans le présent GP; 3) situer l'utilisation de l'ÉCT dans le processus de réadaptation au travail et 4) définir les objectifs des ÉCT et décrire les différents types d'ÉCT.

Le travail

Le mot travail a plusieurs significations : *« activité de l'homme appliquée à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose; activité de transformation de la nature, propre aux hommes, qui les met en relation et qui est productrice de valeur; effort que l'on doit soutenir pour faire quelque chose; activité déployée pour accomplir une tâche, parvenir à un résultat... »* (23).

Le terme travail désigne soit le résultat d'une activité de travail, soit l'effort fourni pour arriver à ce résultat, soit l'ensemble des activités de travail (24). La multiplicité de ces définitions est probablement due au fait que le travail est une activité humaine qui est multidimensionnelle et qui peut prendre un sens différent selon les personnes et les contextes.

Cependant une chose est certaine, le travail occupe une très grande place dans la vie active de l'adulte (25; 26). Par sa nature, il contribue à différentes fonctions : source de revenus, statut social, réalisation de soi, etc. En somme, le travail occupe un rôle clé dans l'existence humaine (25; 26; 27; 28). Lorsque ce rôle est interrompu, c'est la vie entière de la personne qui est chamboulée. Conséquemment, dans le processus de réadaptation, la reprise d'un rôle de travailleur est l'un des objectifs importants. L'évaluation des capacités reliées au travail (ÉCT) des personnes souffrant d'une déficience physique est donc une pratique courante en réadaptation.

Définition de l'ÉCT

L'évaluation des capacités reliées au travail (ÉCT) est l'appréciation des capacités d'une personne à réaliser un travail. Cette évaluation se conduit fréquemment dans un contexte de réadaptation au travail (29). L'ÉCT décrit et analyse les tâches et les exigences de l'emploi selon différentes stratégies et détermine comment le travailleur peut les rencontrer (14). Elle est différente de l'évaluation médicale qui pour sa part, détermine

Note :
En ergothérapie, le terme travail est associé aux activités productives qui incluent le bénévolat, les études, l'entretien domestique et certains loisirs (28; 29). Bien que cette vision large des activités productives soit tout à fait justifiée en réadaptation, le présent guide se limitera au travail rémunéré.

si le travailleur est prêt à retourner au travail sur le plan de sa condition organique (30). L'ÉCT peut être faite en parallèle avec l'évaluation médicale et lui être complémentaire (31).

Globalement l'ÉCT permet de déterminer le pronostic de retour au travail, les traitements de réadaptation à offrir, le moment propice pour le retour sécuritaire et durable à un emploi ou encore, d'appuyer la réorientation professionnelle des personnes (1; 29).

Modèle du fonctionnement au travail

Quelques modèles existent quant à la représentation du fonctionnement d'une personne. Celui de Sandqvist et Henricksson (32) est particulièrement d'intérêt car il explicite et schématise les différentes dimensions et concepts du fonctionnement au travail. Ce faisant, il permet à l'ergothérapeute de cibler les aspects majeurs dont il faut tenir compte lors d'une ÉCT. Il permet aussi de guider le choix de stratégies ou d'instruments d'évaluation selon la dimension du fonctionnement ciblée pendant l'évaluation.

S'inspirant de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (33), ce modèle tient compte à la fois du fonctionnement de l'individu spécifiquement au travail et également des facteurs personnels et environnementaux pouvant l'influencer. La figure 1 (en page 8) illustre les composantes du modèle. Trois dimensions au fonctionnement au travail sont identifiées : la participation au travail, la performance au travail et les capacités de la personne.

La **participation au travail** se définit comme la capacité de la personne à acquérir et maintenir un emploi et ainsi occuper un rôle de travailleur. Elle désigne l'implication ou l'intégration de la personne dans le marché du travail. Selon la CIF (33), la participation au travail se manifeste ainsi :

- se préparer à un emploi (participer à une formation académique, être un stagiaire, etc.);
- chercher, trouver et obtenir un emploi, conserver son emploi, progresser dans un poste, un métier ou une profession, quitter un emploi de manière appropriée;
- s'investir dans tous les aspects d'un travail en exécutant les tâches et responsabilités qui en découlent.

Cette dimension dépend de la personne mais également de facteurs sociaux tels que le contexte économique, la disponibilité des emplois, les préjugés à l'égard d'une déficience, les programmes d'aide gouvernementaux, etc. La restriction de la participation au travail se détermine en comparant la participation de la personne à celle qui est attendue dans la société pour un individu qui n'a pas de problèmes liés à sa performance au travail.

La **performance au travail** correspond, quant à elle, à l'habilité de la personne à effectuer les tâches et responsabilités liées à son emploi de façon satisfaisante. Il s'agit ici de comportements observables lors de l'exécution d'une tâche de travail dans un contexte de productivité (quantité et qualité du travail). La performance au travail se manifeste ainsi :

- Démontrer des habiletés physiques suffisantes pour effectuer les tâches;
- Démontrer des habiletés d'organisation du temps, de planification des tâches, d'adaptation aux changements, de résolution de problème, etc., suffisantes pour effectuer les tâches;
- Démontrer des habiletés de communication et d'interactions sociales suffisantes pour effectuer les tâches;
- Etc.

La performance attendue est la norme en vigueur pour l'exécution des tâches par des travailleurs qui ne présentent pas de problème de santé. La limitation de la performance désigne les difficultés de la personne à réaliser ses tâches de travail selon les standards attendus dans son emploi en particulier. La performance au travail dépend des capacités de la personne, de comment elle les utilise, ainsi que la nature de la tâche et de l'environnement dans laquelle elle s'exécute.

Finalement, les **capacités de la personne** correspondent aux aptitudes de la personne qui permettent l'exécution d'un élément de la tâche de travail. Elles sous-tendent les habiletés. Les capacités sont mesurables par des tests. Plus précisément, il s'agit de la capacité maximale démontrée dans un environnement neutre par un instrument de mesure (ex. : force musculaire, discrimination tactile, attention divisée, audition, etc.) (33).

Ces trois dimensions du fonctionnement au travail (participation, performance et capacités) s'influencent mutuellement. Ainsi, bien que ces trois dimensions soient considérées simultanément dans le fonctionnement, elles doivent également être évaluées de façon indépendante afin de bien clarifier leur impact particulier sur le fonctionnement.

Les auteurs expliquent également que plusieurs facteurs personnels (ex. : âge, sexe, expériences) et environnementaux (ex. : aménagement du poste de travail) influencent, positivement ou négativement, le fonctionnement au travail. À la figure 1, ces facteurs sont représentés par deux cercles. Leur chevauchement représente l'interaction entre la personne et son environnement. Le fonctionnement au travail est issu de cette interaction. Par conséquent, un fonctionnement au travail diminué est le résultat d'un manque de concordance entre la personne et son travail. À l'opposé, une bonne concordance résulte en un fonctionnement harmonieux ou efficace. Des termes variés sont utilisés dans la littérature pour désigner cette interaction harmonieuse (1; 14; 25; 26; 34). Aucun d'entre eux n'a fait l'objet d'une définition claire. Le terme **compatibilité** est choisi dans ce document car il est déjà utilisé couramment dans les milieux cliniques pour signifier qu'il y a une bonne adaptation entre la personne et son travail.

Le fonctionnement d'un individu au travail est également influencé par le temps (32). En effet, au cours du temps, la personne change (vieillesse, fluctuation de l'état de santé, etc.) de même que les exigences de son travail (périodes d'achalandage, introduction de nouvelles technologies, restructuration de l'entreprise, etc.) Par conséquent, le résultat de l'ÉCT est

seulement une description temporaire du fonctionnement de l'individu. À la figure 1, la flèche représente l'influence de facteurs temporels sur l'ensemble des dimensions du fonctionnement et sur les facteurs personnels et environnementaux.

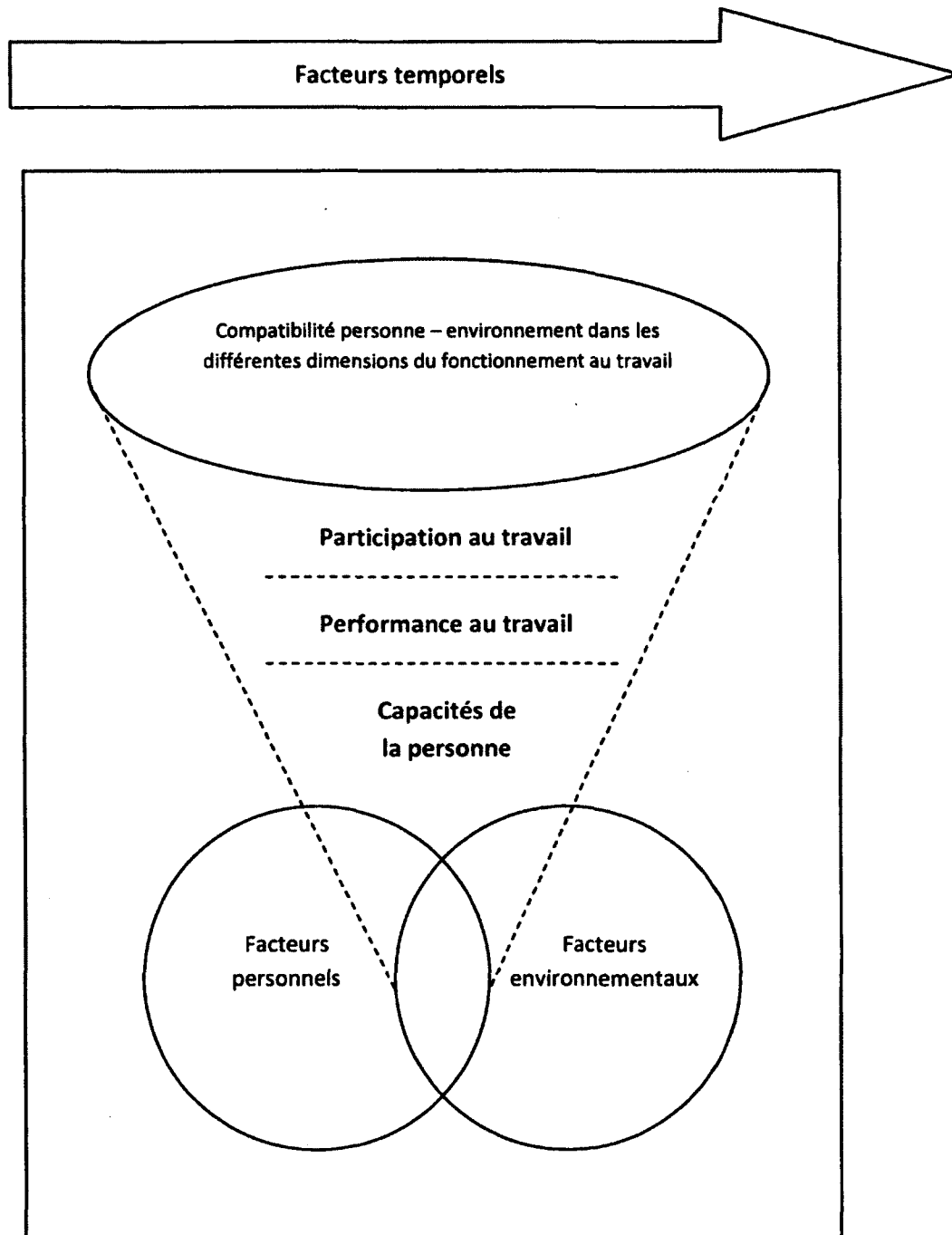


Figure 1 - Le fonctionnement au travail, traduit de Sandqvist et Henricksson (32)

Processus de réadaptation au travail

L'ÉCT est habituellement associée à un processus de réadaptation au travail. La figure 2 illustre le processus de réadaptation au travail (29; 1). Le processus est divisé en étapes pour des fins de clarté dans les explications. Il ne représente en aucun cas un processus séquentiel. En effet, selon les besoins d'une personne, certaines étapes peuvent être inversées, faites en simultanée et d'autres vont s'avérer inutiles. Bien souvent, le processus de réadaptation suivra un parcours itératif entre ces différentes étapes (1) tel qu'illustré à la figure 2, par la grande flèche verticale.

Généralement, le processus de réadaptation au travail commence lorsqu'il y a une absence du travail ou une difficulté à le maintenir, et ce, en lien avec une blessure ou une maladie. L'étape 1 détermine le résultat visé par la réadaptation, à savoir :

- a) la réintégration à l'emploi actuel ou occupé au moment de la blessure ou des difficultés de fonctionnement en lien avec la maladie ;
- b) l'intégration à un autre emploi chez le même employeur;
- c) l'intégration à un nouvel emploi chez un nouvel employeur;
- d) la documentation des capacités résiduelles.

Ce choix de cible est habituellement influencé par le pronostic médical mais également par le pronostic de participation sociale (35). Le pronostic de participation sociale est une prévision sur le degré probable de fonctionnement de la personne à la fin du processus de réadaptation. Ce pronostic est habituellement établi par consensus entre les cliniciens impliqués dans le dossier. Dans le cadre de ce guide de pratique, le terme pronostic de participation au travail sera utilisé. Le pronostic de participation au travail doit être révisé constamment pendant le processus de réadaptation au travail afin de le préciser et de le reconfirmer à la lumière des données émergentes (35; 36). Conséquemment, ceci implique que les objectifs visés pendant le processus de réadaptation au travail peuvent changer advenant l'apparition d'événements significatifs. À la figure 2, les flèches horizontales bleues indiquent que le pronostic de participation au travail peut changer en cours de route et ainsi changer la cible de la réadaptation au travail.

Suite à l'étape 1, différentes interventions seront donc menées en fonction des besoins particuliers de la personne et du pronostic telles que le développement des capacités reliées au travail (étape 2), une orientation professionnelle (étape 3), de l'entraînement spécifique à un nouvel emploi ou une adaptation de l'emploi (poste de travail, tâches, horaire, etc.), lors d'une intégration en emploi (étape 4). Au moment de la conclusion du processus de réadaptation au travail, une compatibilité devrait être atteinte entre les capacités de la personne et les exigences de l'emploi qui a été ciblé (celui occupé au moment de la blessure ou le nouvel emploi). Si cela s'avère nécessaire à la compatibilité, il y a maintien de mesures de support ou d'un suivi à long terme (étape 5). Dans certains cas, l'ensemble du processus se clôt avec l'obtention d'une compensation ou d'une rente d'invalidité (étape 6).

Bien entendu, la fin du processus de réadaptation au travail ne se limite pas à deux options, soit une aptitude totale à l'emploi ciblé ou soit une inaptitude à tout emploi. Plusieurs possibilités sont présentes telles que l'aptitude à un emploi à temps partiel avec une indemnité de remplacement de revenu, l'aptitude à un emploi avec compensation financière à l'employeur pour une productivité réduite, etc. Diverses possibilités sont présentes selon les mesures de support disponibles (gouvernements, compagnies d'assurance) et selon la flexibilité de l'employeur et du marché du travail.

Il faut également préciser que le moment de la réadaptation où la personne réintègre partiellement ou complètement le milieu de travail n'est pas indiqué à la figure 2. En effet, ceci peut se produire à n'importe quel moment du processus. D'ailleurs, certaines personnes ne seront jamais en arrêt de travail pendant le processus, celui-ci visant à solutionner les difficultés au maintien à l'emploi.

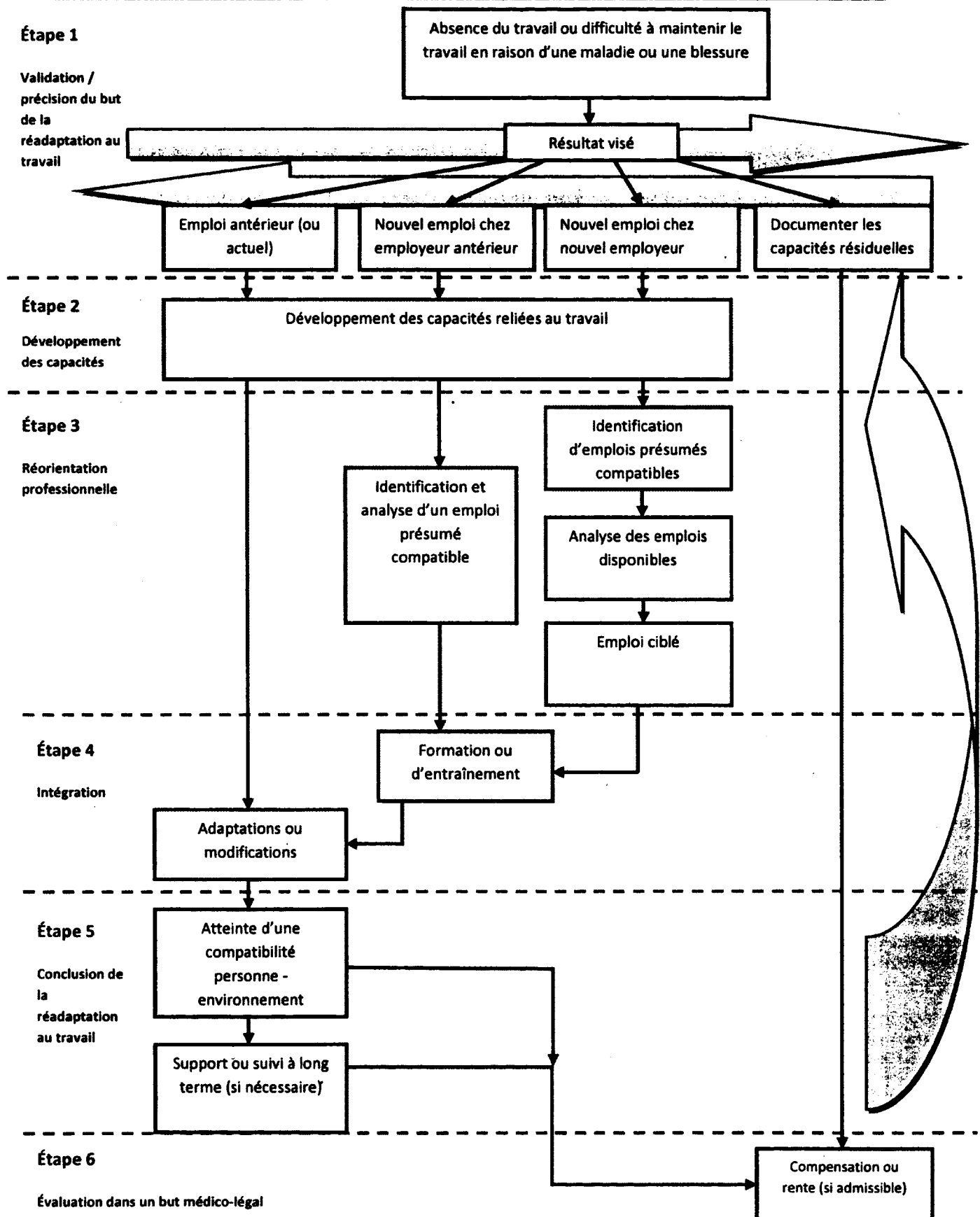


Figure 2 – Processus de réadaptation au travail (1; 29)

Objectifs des ÉCT

L'ÉCT est utilisée à diverses fins. L'ÉCT est un outil essentiel à la planification des interventions de réadaptation visant le retour au travail ou encore à l'adaptation du poste de travail. Les résultats de l'ÉCT peuvent aussi servir à déterminer l'admissibilité à des indemnités de remplacement de revenus. Le tableau 1 à la page suivante présente les différents objectifs de l'ÉCT selon les parcours dans le processus de réadaptation au travail (1; 29; 14; 17; 37; 38; 39; 11; 31; 3).

Catégories d'ÉCT

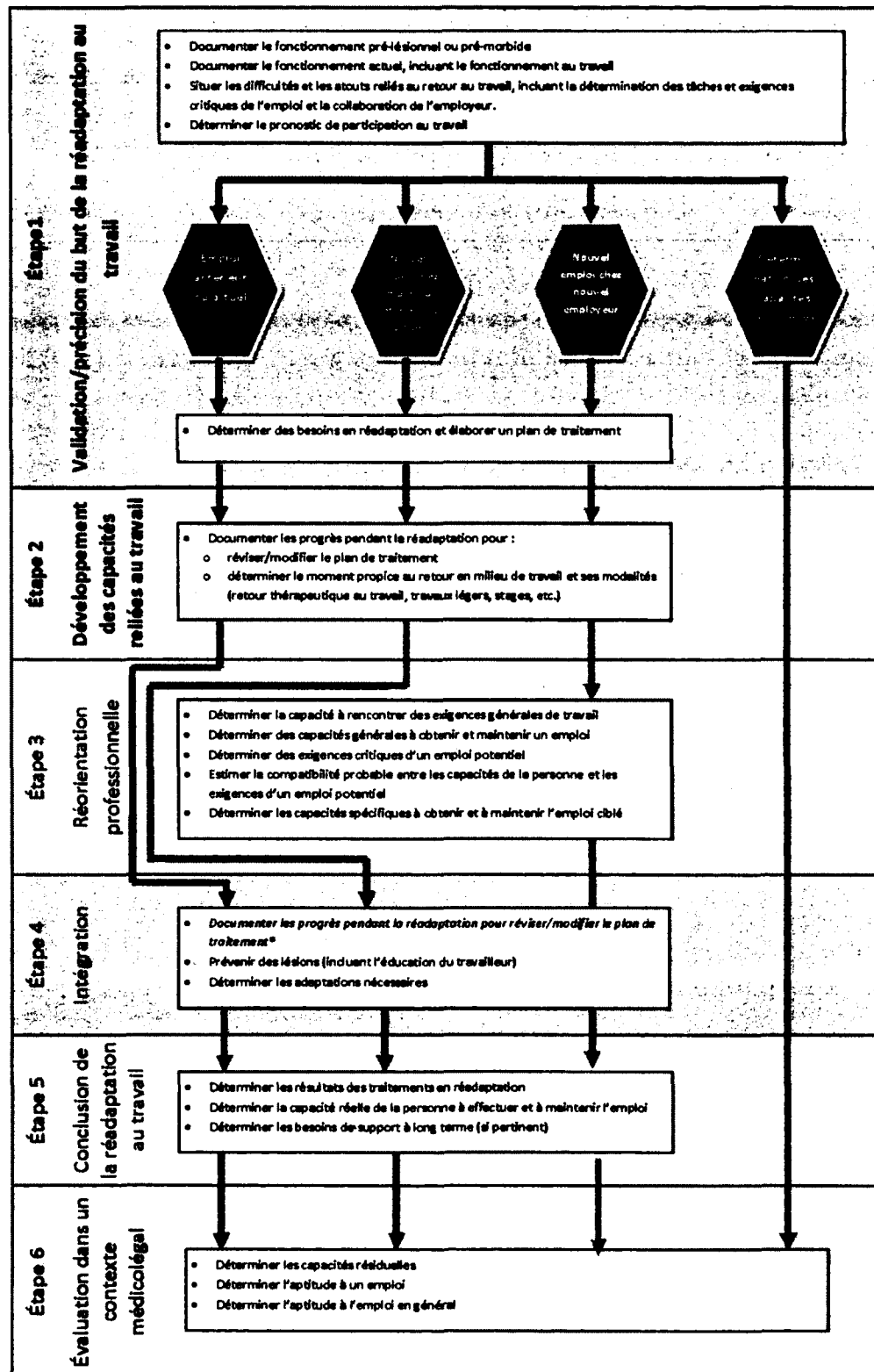
Innes et Straker (40) proposent de classer les ÉCT en deux grandes catégories : les évaluations des capacités fonctionnelles et les évaluations en milieu de travail.

Les évaluations des capacités fonctionnelles

Les évaluations des capacités fonctionnelles (ÉCF) consistent généralement en une batterie de tests qui mesure les capacités maximales du travailleur selon certaines exigences physiques de travail telles que la manutention de charges, la tolérance assise, debout et/ou à la marche, la dextérité manuelle, la capacité à maintenir des positions contraignantes (ex. : penché, accroupi), la capacité de grimper, de ramper, etc. (17; 9). Parfois des capacités cognitives sont également évaluées telles que la concentration, la capacité de s'organiser, la résolution de problème, etc. (41; 42). Ces évaluations se déroulent généralement dans un milieu clinique et peuvent durer quelques heures, quelques jours ou même quelques semaines (42; 40; 2; 17). Les ÉCF se composent de différentes méthodes de collecte de données comme par exemple des tests standardisés (ex : stations de travail VALPAR) et des mises en situation par simulation de tâches de travail. Il existe des ÉCF spécifiques à un emploi et des ÉCF générales (40). L'ÉCF spécifique à un emploi mesure les capacités de la personne en fonction des tâches et exigences particulières d'un emploi déterminé. Il en résulte une présomption sur la compatibilité entre les capacités de la personne et les exigences d'un emploi (1; 14; 36). Une ÉCF générale quant à elle, mesure les capacités de la personne selon des exigences générales de travail (40). La plupart du temps, il s'agit d'une batterie de tests se référant à la liste des exigences qui sont énumérées dans le *Dictionary of Occupational Titles* (43), la *Classification canadienne descriptive des professions* (44) ou de d'autres nomenclatures de même type (9). Les résultats de l'ÉCF générale sont donc en fonction de ces exigences générales comme par exemple : la personne peut maintenir la position debout et en marche, elle peut manutentionner des charges jusqu'à environ 20 livres de façon fréquente du sol jusqu'à la hauteur de la poitrine, elle peut effectuer des tâches simples qui sont répétitives ou qui demandent une résolution de problème simple et concrète. Cette pratique s'utilisera, par exemple, pour aiguiller un processus d'orientation professionnelle vers des emplois potentiellement compatibles.

Bien entendu, l'avis donné suite à une ÉCF est une **présomption** sur la compatibilité entre la personne et des tâches générales de travail. Un avis sur la compatibilité réelle ne peut être émis qu'à la suite d'une ÉCT en milieu de travail (1; 36).

Tableau 1 - Objectifs des ÉCT



* Cet objectif, présent lors du développement des capacités de travail, se poursuit lors de l'intégration en milieu de travail

Les évaluations en milieu de travail

Les évaluations en milieu de travail consistent en une mise en situation du travailleur dans ses tâches réelles dans son environnement de travail. Elles cherchent à documenter les interactions spécifiques entre un travailleur, son emploi et son environnement de travail (40). L'observation directe, les entrevues avec des personnes significatives (ex. : travailleur, employeur) et des questionnaires sont habituellement utilisés pour recueillir les données. Ces évaluations sont d'une durée variable selon les objectifs visés (1-2 heures à plusieurs semaines). À notre connaissance, il n'y a pas de méthode d'évaluation standardisée. Cependant, certaines grilles de contrôle listant les paramètres à documenter dans le milieu de travail peuvent être utilisées (41; 45). Également, certains cadres de référence ou modèles conceptuels peuvent guider l'ÉCT d'une clientèle bien spécifique tel que l'«*Approche idéale de l'évaluation en regard du travail*» pour les personnes ayant subi des blessures graves suite à un accident automobile (1) ou encore la «*Marge de manœuvre*» pour une clientèle qui souffrent de douleur persistante d'origine musculo-squelettique (36). Dans les évaluations en milieu de travail, le clinicien utilise habituellement de multiples sources et méthodes de collecte de données et fait une triangulation des informations afin d'obtenir une image juste de la compatibilité des capacités de la personne avec sa situation d'emploi (1; 41). Les paramètres évalués sont très variés et dépendent de la condition de la personne, de son type d'emploi et des objectifs de l'évaluation.

Innes et Straker (40) incluent l'analyse de l'emploi dans la catégorie évaluation en milieu de travail. L'analyse de l'emploi est partie prenante de l'ÉCT en milieu de travail mais elle peut aussi être une évaluation en soi. En effet, à certains moments il est possible qu'on ait besoin de documenter les tâches et les exigences d'un emploi, comme par exemple, lorsqu'on examine un emploi potentiel lors du processus de réorientation professionnelle (1). L'analyse de l'emploi consiste en une identification et une description des exigences de l'emploi d'un travailleur. Elle permet de vérifier les informations obtenues par le client lors de l'entrevue et par la description de tâche. Elle permet aussi de cibler les dimensions/exigences problématiques pour le retour au travail. Une analyse de l'emploi aide le clinicien à établir le pronostic de participation au travail et à planifier les interventions nécessaires. Il s'agit d'une étape essentielle du processus de réadaptation au travail (46; 47).

Note :
Dans le présent document, lorsque l'expression «ÉCT en milieu de travail» sera utilisée, elle inclura une analyse de l'emploi. Cependant, si l'expression «analyse de l'emploi» est utilisée, elle désignera exclusivement celle-ci.

L'ÉCT en milieu de travail apporte des résultats très précis et spécifiques. Elle permet de répondre à des questions qui sont également très précises (48), comme par exemple : Après combien de temps la cadence de travail diminue significativement en raison de la fatigue? La rotation des tâches doit se faire à quelle fréquence? La hauteur du plan de travail doit être augmentée de combien de centimètres? Comment la personne gère-t-elle le stress lors de l'augmentation de l'achalandage? Quelles tâches peut-elle déléguer? Quelles sont les conditions

nécessaires au maintien à long terme de cet emploi? Dispose-t-elle d'une marge de manœuvre suffisante pour maintenir une productivité acceptable et préserver sa santé et sa qualité de vie? Si non, quels aménagements sont nécessaires? Évidemment, les résultats et les recommandations qui s'en suivent seront peu généralisables. Parce que les résultats sont intimement liés à une situation précise de travail, il sera difficile de conclure sur le fonctionnement au travail de la personne ou de l'applicabilité des recommandations dans des tâches ou un environnement différent. Ce constat implique également que lors de changements dans un emploi, les résultats de l'ÉCT doivent être à nouveau validés.

Innes et Straker (48) ont situé les types d'ÉCT sur un continuum qui s'étend du caractère général des résultats (capacités générales de la personne) au caractère spécifique des résultats (en lien avec une situation de travail précise). De façon générale, l'ÉCF générale se situe vers «résultats généraux» et l'ÉCT en milieu de travail vers «résultats spécifiques». L'ÉCF spécifique à un emploi se situe quelque part entre les deux.

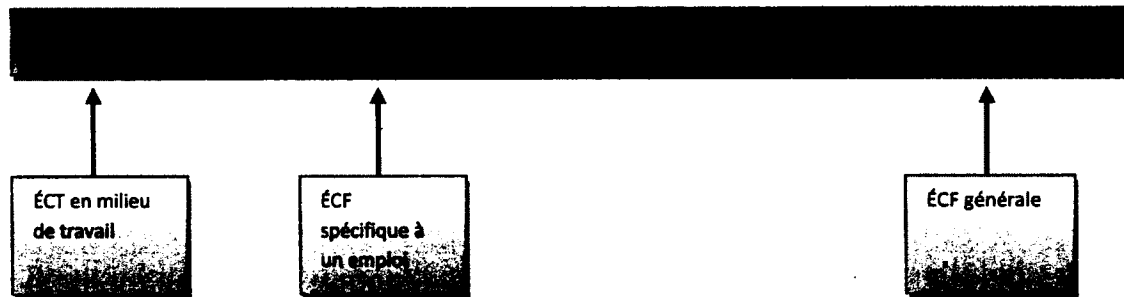


Figure 3 - Continuum situant les ÉCT selon la spécificité des résultats

La prochaine section comprend les textes explicatifs provenant de la littérature scientifique et, issues de celle-ci, les recommandations pour la pratique clinique.

Section 2

***Recommandations
pour la pratique
clinique***

Recommandations pour la pratique clinique

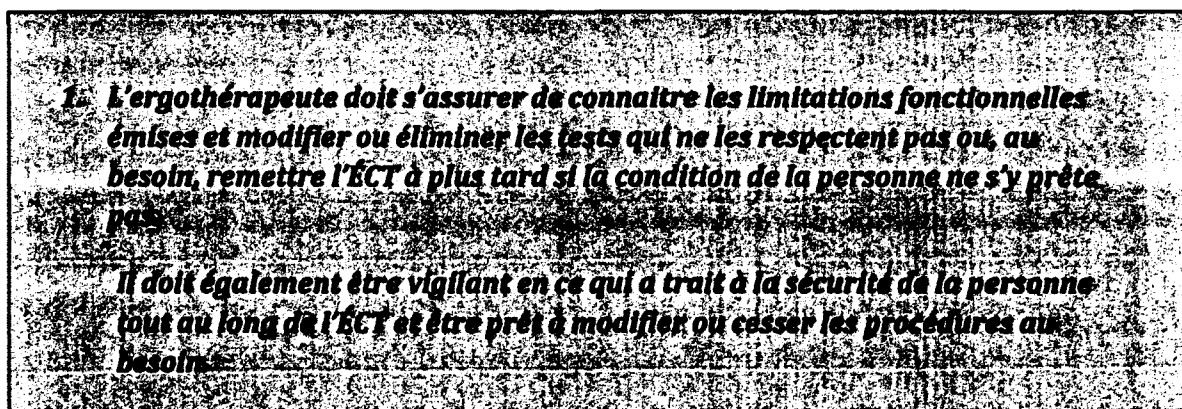
Innes et Straker (48) ont identifié, à partir d'une démarche systématique et rigoureuse, une série de caractéristiques qui sont associées à l'excellence d'une ÉCT et donc à la qualité des résultats. Ils ont cerné un ensemble de caractéristiques qui sont communes à tous les types d'ÉCT. Une ÉCT de qualité est **sécuritaire, exacte, complète, crédible, flexible, pratique et utile**. Dutil et Vanier (1), ajoutent qu'elle doit également être faite de façon **précoce et continue** dans le processus de réadaptation. Dans cette section, les recommandations sont regroupées selon ces caractéristiques. De plus, chacune des 17 recommandations est précédée d'un résumé des données probantes sur lesquelles elle est appuyée, ainsi que la force de celles-ci.

L'ÉCT doit être sécuritaire

La sécurité est une condition sine qua non à l'ÉCT. Les procédures d'évaluation ne devraient pas entraîner des blessures, ni aggravation de la condition de la personne (17). Pour ce faire, une évaluation physique ou médicale doit être considérée avant de procéder. Des précautions particulières doivent être prises pendant l'ÉCT pour éviter d'aggraver une condition organique (17; 1; 49), telle qu'une tendinite de la coiffe des rotateurs ou encore une hernie discale.

Conséquemment, dans le cas où il est demandé à ce que l'évaluation dépasse les limitations fonctionnelles, que ce soit par la personne, son employeur ou par les assureurs, l'ergothérapeute doit s'assurer d'obtenir l'autorisation médicale avant de procéder. En effet, l'ergothérapeute n'a pas la compétence requise pour invalider une limitation fonctionnelle émise par un médecin.

Force des données probantes : XI et VII



L'ÉCT doit être complète

Une ÉCT de qualité doit être complète (48). Elle doit contenir toutes les informations requises pour que le processus décisionnel soit efficace et judicieux. Ainsi, sept recommandations se regroupent sous cette caractéristique.

Que l'ÉCT soit faite dans un contexte de réadaptation ou un contexte médico-légal, elle doit évaluer les dimensions du fonctionnement et les facteurs pertinents pour documenter un portrait clair et juste du fonctionnement au travail de la personne. Les dimensions du fonctionnement et les facteurs l'influençant sont décrits à la section «Modèle du fonctionnement au travail» (p. 6).

Selon Sandqvist et Henricksson (32), la participation au travail est le but visé par la réadaptation au travail et l'ÉCT devrait par conséquent être centrée sur cette dimension du fonctionnement au travail. Cependant, selon Gibson et Strong (49) la performance au travail est visée également et ce, au même titre que la participation au travail. La dimension «capacités de la personne», quant à elle, est utile pour identifier les éléments qui affectent les deux autres dimensions du fonctionnement. Elle a pour but d'identifier des pistes de solution. L'identification des éléments problématiques au retour au travail doit donc être appuyée sur les données provenant des trois dimensions du fonctionnement et de leurs interactions (32; 49).

Force des données probantes : X et VII

2. L'ÉCT doit porter sur les différentes dimensions du fonctionnement au travail, à savoir :

- **La participation au travail;**
- **La performance au travail;**
- **Les capacités de la personne.**

Rappel :

Les concepts du modèle du fonctionnement au travail sont expliqués aux pages 6, 7 et 8.

Aussi un glossaire est présenté à la page 55.

Les facteurs personnels, environnementaux et temporels peuvent être des obstacles ou des atouts au retour au travail (32). Aussi, un même facteur peut être un atout dans un contexte et être un obstacle dans un autre. Les facteurs doivent donc être évalués selon les contextes.

Exemple : une jeune femme d'origine africaine souffrant d'une hémiparésie a vécu plusieurs échecs d'intégration en emploi en raison, entre autres, de préjugés en lien avec son origine et d'une maîtrise passable du français. Une intégration en emploi a été finalement réussie dans une garderie multiculturelle où son origine et sa connaissance de langues et de cultures africaines étaient des atouts pour satisfaire les exigences de l'emploi.

Force des données probantes : VII

3. L'ÉCT doit porter sur les facteurs d'ordre personnels, environnementaux et temporels qui influencent le fonctionnement au travail de la personne.

Il est parfois difficile de déterminer avec assurance l'aptitude ou l'inaptitude au travail. Sandqvist et Henriksson (32) conceptualisent que le fonctionnement au travail est fluctuant et qu'il peut être mis sur un continuum entre la participation sociale et la situation d'handicap. En effet, la compatibilité entre la personne et son travail peut varier au cours du temps et selon les circonstances (32; 14; 36). Cette perspective implique que l'ergothérapeute doit préciser cette nature fluctuante de la compatibilité personne – environnement dans l'analyse et les conclusions de l'ÉCT. Cette précision est d'autant plus importante que les résultats de l'ÉCT peuvent être utilisés par des personnes qui sont moins familières avec le fonctionnement au travail et son caractère évolutif (employeur, agent d'indemnisation, etc.). Ainsi, tous les utilisateurs des résultats d'une ÉCT doivent être prudents lorsqu'ils utilisent ses résultats à des moments ultérieurs à l'évaluation (3; 50).

Force des données probantes : X et VII

4. L'ÉCT doit tenir compte de la nature dynamique et changeante de l'interaction entre la personne et de son environnement. Le résultat de l'ÉCT est une description momentanée du fonctionnement au travail et doit être considéré comme tel.

Dans l'évaluation des différentes dimensions du fonctionnement au travail, une approche dite «top-down», c'est-à-dire du général au spécifique, est en mesure de saisir la complexité de l'interaction personne – environnement. Cette approche préconise que l'évaluation commence par établir avec la personne quels sont les rôles et activités qu'elle désire accomplir. Elle précise également le niveau de participation et de performance souhaité (exemple : travailler à temps plein avec une productivité comparable à celle d'avant). Par la suite, il y a observation directe de l'accomplissement des rôles ou activités par la personne, et ce, dans leur contexte

environnemental habituel. Cette entrevue et cette observation permettent d'appréhender directement la compatibilité personne – environnement et de cibler les facteurs qui ont un impact significatif sur le fonctionnement qu'ils soient personnels (incluant les capacités de la personne) ou environnementaux. Par la suite, les facteurs problématiques sont évalués isolément plus en détail. Une telle approche permet de bien comprendre le phénomène complexe qu'est le fonctionnement et de là, cibler les interventions qui permettront d'établir ou de rétablir une compatibilité entre la personne et l'environnement (51; 52; 32).

Force des données probantes : XI et VII

5. Lors d'une ÉCT, l'ergothérapeute devrait utiliser une approche d'évaluation allant du général au spécifique, c'est-à-dire évaluer en premier lieu la participation et la performance au travail et par la suite, évaluer plus en détail les capacités de la personne et les facteurs identifiés comme problématiques au fonctionnement.

Les responsabilités et les rôles hors travail ont souvent un impact sur le fonctionnement au travail de la personne (1; 32; 53; 36). En effet, ces divers rôles sont liés dans la vie d'une personne et s'influencent mutuellement (1). Des difficultés dans des rôles et responsabilités hors travail peuvent aller jusqu'à empêcher une intégration ou le maintien au travail (53). L'inverse est également vrai. Des difficultés de fonctionnement au travail peuvent avoir des retentissements sur les rôles hors travail (par exemple : la personne se désengage des activités familiales en raison d'une fatigue importante). Par conséquent lors de l'ÉCT, il est nécessaire de tenir compte du fonctionnement dans les rôles hors travail et de le documenter (1; 50; 36; 53).

Force des données probantes : X et VII

6. Lors de l'évaluation, l'ergothérapeute doit avoir une vision de l'occupation plus large que seulement le travail. Il doit tenir compte également des autres rôles de la personne.

La littérature rapporte que les clientèles qui présentent une atteinte grave font face à de multiples et complexes situations d'handicap et ont besoin d'une équipe de professionnels présentant des expertises variées issues de disciplines différentes (1; 54).

Toutefois selon des ergothérapeutes experts dans le domaine, un dossier à priori complexe, si on considère la gravité de la déficience, peut parfois présenter une situation d'handicap qui soit relativement simple. À ce moment, l'ÉCT peut être faite exclusivement par l'ergothérapeute. À l'opposé, un client présentant une déficience légère (ex. : cervicalgie) peut présenter des facteurs psychosociaux qui entravent sérieusement son évolution et son retour au travail. Dans ce cas, il est nécessaire que l'ÉCT et la réadaptation se fassent par une équipe interdisciplinaire.

Force des données probantes : VII et XI

7. Lorsque la personne présente une situation de handicap complexe, l'ÉCT doit se faire par une équipe composée de professionnels provenant de disciplines complémentaires.

Afin de permettre une efficacité et une bonne qualité de l'ÉCT et de ses résultats, le membre de l'équipe qui a fait l'entrevue initiale doit communiquer aux autres toutes informations pertinentes liées aux résultats, à des besoins identifiés, à des problèmes ou encore à des restrictions à respecter avant la poursuite de l'évaluation (39). Les membres d'une équipe qui procèdent ensemble à une ÉCT doivent également s'assurer qu'il y ait une logique et une cohérence dans l'évaluation des différentes dimensions reliées au travail (1; 54).

Selon des ergothérapeutes experts, la communication seule ne garantit pas la collaboration entre les membres de l'équipe, d'autres éléments sont nécessaires à savoir : l'établissement de règles de fonctionnement, l'adoption d'un cadre de référence commun et d'un but commun. La prise de conscience des relations d'interdépendance entre les professionnels est un facteur important à la réussite de leur collaboration.

Force des données probantes : VII, X et XI

8. L'équipe qui procède à l'ÉCT doit se doter de mécanismes qui facilitent la collaboration interprofessionnelle, à savoir : l'établissement de règles de fonctionnement, l'adoption d'un cadre de référence commun et d'un but commun.

Précoce**L'ÉCT doit être précoce**

Un des éléments clés du succès de la réadaptation au travail est sa précocité. Elle permet entre autres le maintien du rôle de travailleur pour la personne et réduit les conséquences négatives du retrait ou de l'exclusion du travail (1; 28). Cette précocité permet également d'agir rapidement sur la représentation mentale de la personne envers sa condition avant qu'elle ne se cristallise dans un schème erroné qui pourrait la conduire à une incapacité persistante (55; 56).

L'ÉCT amorcée précocement dans le processus de réadaptation donne des informations essentielles à l'équipe d'intervenants, notamment les facteurs pronostics du maintien ou du retour au travail (38), afin de leur permettre de déterminer correctement la cible de la réadaptation au travail (35; 1).

Force des données probantes : XI et VII

9. L'ÉCT doit être amorcée précocement dans un processus de réadaptation.

Continue**L'ÉCT doit être continue**

L'ÉCT doit être continue pendant la réadaptation au travail (1; 36; 37; 41). L'ergothérapeute doit constamment poursuivre la cueillette de données tout au long de la réadaptation. Cette cueillette d'information en continu est nécessaire pour ajuster les interventions si le pronostic envers la participation au travail change pendant la réadaptation (retour au même emploi, vers un autre emploi, aucun emploi, etc.). Elle permet également d'approfondir la compréhension du fonctionnement et des facteurs qui l'influencent. Selon les interrogations qui émergent, certaines dimensions et facteurs feront l'objet d'une attention plus ciblée par l'évaluation. Une ÉCT réalisée de façon continue permet de réagir rapidement si des problèmes surviennent au cours du processus de réadaptation dans la compatibilité entre la personne et son environnement et favorise le maintien à long terme de l'emploi (1; 36; 45).

Force des données probantes : X et VII

10. L'ÉCT doit être continue tout au long du processus de réadaptation au travail.

L'ÉCT doit être utile

Cette caractéristique regroupe trois recommandations. D'abord, l'ÉCT doit rencontrer les besoins et les objectifs de la personne évaluée, du référent et de l'agent payeur (s'il y a lieu). Selon les utilisateurs des résultats des ECF, interrogés dans l'étude de Strong *et al.* (50), une ÉCT de qualité leur apporte les données nécessaires à la gestion de leur dossier. Le rapport doit donc être détaillé et fournir une interprétation des résultats qui permet d'orienter le dossier non seulement sur le plan clinique mais également sur le plan médico-légal (50). Les personnes évaluées, quant à elles, reconnaissent l'utilité de l'évaluation lorsque celle-ci permet l'élaboration d'un plan d'action concret (50). Conséquemment, l'ÉCT doit être planifiée de façon à conjuguer les objectifs des différents détenteurs d'enjeux. Advenant que l'ÉCT ne puisse répondre aux besoins exprimés, ceci doit être communiqué clairement à la personne évaluée, le référent et l'agent payeur (50; 39).

Le tableau 1 intitulé «Objectifs des ÉCT» situé à la page 13, peut être utilisé pour aider à clarifier les objectifs de la personne, du référent et de l'agent payeur.

Force des données probantes : X et VII

11. L'ergothérapeute doit s'assurer de bien connaître les objectifs motivant l'ÉCT avant de procéder.

L'ergothérapeute doit être vigilant dans le choix de ses outils d'évaluation. En effet, certains tests ou protocoles prétendent évaluer la participation au travail ou la performance au travail en utilisant des outils qui mesurent en fait les capacités de la personne (32; 49; 9). L'ergothérapeute doit donc être critique envers la validité de contenu des outils qu'il utilise.

Certains auteurs recommandent des méthodes d'évaluation spécifiques en lien avec les dimensions du fonctionnement. Pour l'évaluation de la participation et de la performance au travail, l'utilisation du milieu de travail avec les tâches réelles de l'emploi est à privilégier (1; 9; 14; 49; 50). En ce qui a trait à la performance au travail, si l'évaluation ne peut pas se réaliser en milieu de travail, une simulation des tâches avec des exigences le plus près possible de la réalité peut-être utilisée (32; 49). L'évaluation en contexte simulé est une source utile d'informations en l'absence de milieu naturel (1; 49).

Tableau 2 – Dimensions du fonctionnement au travail et ÉCT recommandées

Niveau de fonctionnement	ÉCT recommandées
Participation au travail	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation en milieu réel de travail, avec l'emploi réel (1; 32; 49; 50).
Performance au travail	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation en milieu réel de travail, avec l'emploi réel (9). Évaluation en milieu réel de travail avec l'emploi ou tâches modifié temporairement (ex. : retour thérapeutique au travail, stage) (9). ÉCF avec simulation de tâches de travail (49; 9).
Capacités de la personne	<ul style="list-style-type: none"> ÉCF sans simulation de tâches de travail (9). Instruments de mesures spécifiques à la capacité que l'on veut mesurer (ex. : utilisation d'un goniomètre pour mesurer l'amplitude articulaire) (49; 9).

Force des données probantes : VII

12. L'ergothérapeute doit identifier la ou les dimensions du fonctionnement au travail qu'il évalue afin de sélectionner le type d'ÉCT cohérent avec la ou les dimensions visées.

Des auteurs associent les objectifs de l'ÉCT à certaines modalités d'évaluation. Le texte suivant reprend les objectifs spécifiques de l'ÉCT selon les étapes du processus de réadaptation au travail (tels que décrit précédemment à la figure 2) et identifie les modalités qui sont recommandées.

De façon générale, une ÉCT en milieu de travail est privilégiée pour évaluer de façon complète le fonctionnement au travail. Cependant, des situations particulières orientent le choix vers une ÉCF générale ou spécifique à l'emploi. L'arbre décisionnel en page 29 guide ce choix en tenant compte de ces situations : il y a un emploi ciblé ou non, la personne est présente ou absente du travail, elle réalise ses tâches régulières ou non, les tâches régulières sont disponibles ou non, la réalisation des tâches régulières pose un problème de sécurité ou non (blessure, aggravation). L'utilisation de l'arbre décisionnel est suggérée ci-dessous à certaines étapes.

Validation/précision du but de la réadaptation au travail (étape 1)

Pour **documenter le fonctionnement pré-lésionnel ou pré-morbide**, des entrevues avec la personne et des personnes significatives (employeur, famille) sont recommandées (1; 41).

Cependant, pour **documenter le fonctionnement actuel, incluant le fonctionnement hors travail**, une ÉCT est indiquée selon la situation (40) (utiliser l'arbre décisionnel à la page 29).

Si la personne n'a pas un état de santé compatible avec une ÉCT complète, l'ÉCT se limitera alors à des entrevues, comme pour l'objectif précédent (**documenter le fonctionnement pré-lésionnel**) et à une analyse de l'emploi (40). Si possible, des tests et mesures de facteurs personnels et des capacités de la personne seront ajoutés. La mise en situation dans des activités de soins personnels et domestiques peut également être utilisée pour situer le fonctionnement global de la personne (1; 54).

Finalement, pour **situer les difficultés et les atouts reliés au retour au travail, incluant la détermination des tâches et exigences critiques de l'emploi et la collaboration de l'employeur, pour déterminer le pronostic de participation au travail et pour déterminer les besoins en réadaptation et élaborer le plan de traitement**, il convient de faire une analyse de l'ensemble des données recueillies au sujet des fonctionnements pré-lésionnel et actuel (35; 38; 36; 45). L'analyse doit tenir compte des différentes dimensions du fonctionnement et des facteurs personnels, environnementaux et temporels. Lorsque d'autres professionnels de la santé sont impliqués dans le processus de réadaptation, cette analyse devrait se faire en équipe, à la lumière de l'expertise de chacun (1; 31).

Développement des capacités de la personne (étape 2)

Pour **documenter les progrès pendant la réadaptation pour réviser/modifier le plan de traitement** et pour **déterminer le moment propice au retour en milieu de travail et de ses modalités**, les modalités d'évaluation sont les mêmes que pour la documentation du fonctionnement actuel (étape précédente), selon l'état de santé de la personne.

Réorientation professionnelle (étape 3)

Afin de **déterminer la capacité à rencontrer des exigences générales de travail** afin de faciliter la recherche d'emplois présumés compatibles, une ÉCF générale est suggérée (40).

Lorsqu'il s'agit d'analyser les emplois disponibles pour guider le choix de l'emploi ciblé en **déterminant les exigences critiques de l'emploi potentiel et en présumant d'une compatibilité entre la personne et l'emploi potentiel**, une ÉCF spécifique à l'emploi ou une ÉCT en milieu de travail peut être utilisée (utiliser l'arbre décisionnel en page 29) (1; 40).

En ce qui a trait à la **détermination de la capacité à obtenir et à maintenir l'emploi ciblé**, une ÉCT multidisciplinaire est nécessaire, avec entre autres un intervenant connaissant en profondeur le marché du travail et les programmes d'aide disponibles (ex. : un agent d'intégration) (1).

Intégration (étape 4)

Lorsque la réadaptation se fait en milieu de travail, la **documentation des progrès pour réviser/modifier le plan de traitement**, la **détermination des adaptations nécessaires** ainsi que la **prévention des lésions et l'éducation du travailleur** (ajustement du poste de travail, hygiène de posture, modulation des efforts, etc.), devrait se faire par une ÉCT en milieu de travail (1; 36).

Conclusion de la réadaptation au travail (étape 5)

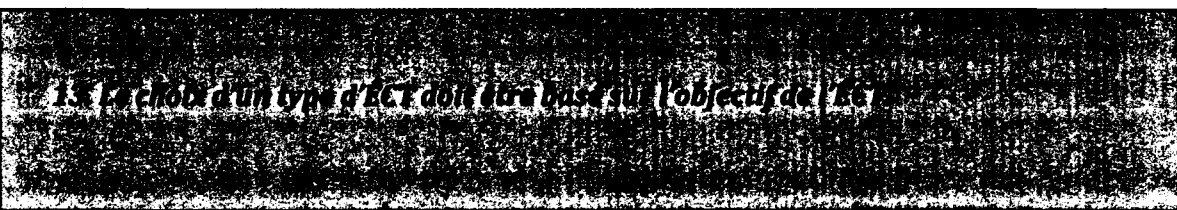
Lors de la finalisation du processus de réadaptation au travail, il y a lieu de **déterminer la capacité réelle de la personne à effectuer l'emploi**, une ÉCT en milieu de travail est la seule option (1; 32; 36).

De façon plus générale, la **détermination des résultats des traitements en réadaptation** peut se faire selon les différents types d'ÉCT (utiliser l'arbre décisionnel en page 29) selon l'état de la personne et les possibilités offertes par un milieu de travail.

Évaluation dans un contexte médico-légal (étape 6)

Dans le cas où une ÉCT est menée pour des raisons médico-légales telles que la **détermination des incapacités persistantes**, la **détermination de l'aptitude à un emploi** ou la **détermination de l'aptitude à l'emploi en général** deux options se présentent. Si la personne vient de terminer sa réadaptation, la première option consiste en l'analyse de l'ensemble des données recueillies pendant la réadaptation (voir évaluation continue, p.35). Dans le cas d'une référence où la personne n'est plus en réadaptation depuis un certain temps et que les données au dossier ne sont plus d'actualité, il va de soi que les mêmes modalités que celles utilisées au début pour clarifier le but de la réadaptation au travail sont indiquées (40).

Force des données probantes : XI, X, et VII



ÉCT en milieu de travail, ÉCF spécifique à un emploi ou ÉCF générale? Selon les situations l'un ou l'autre sera utilisé.

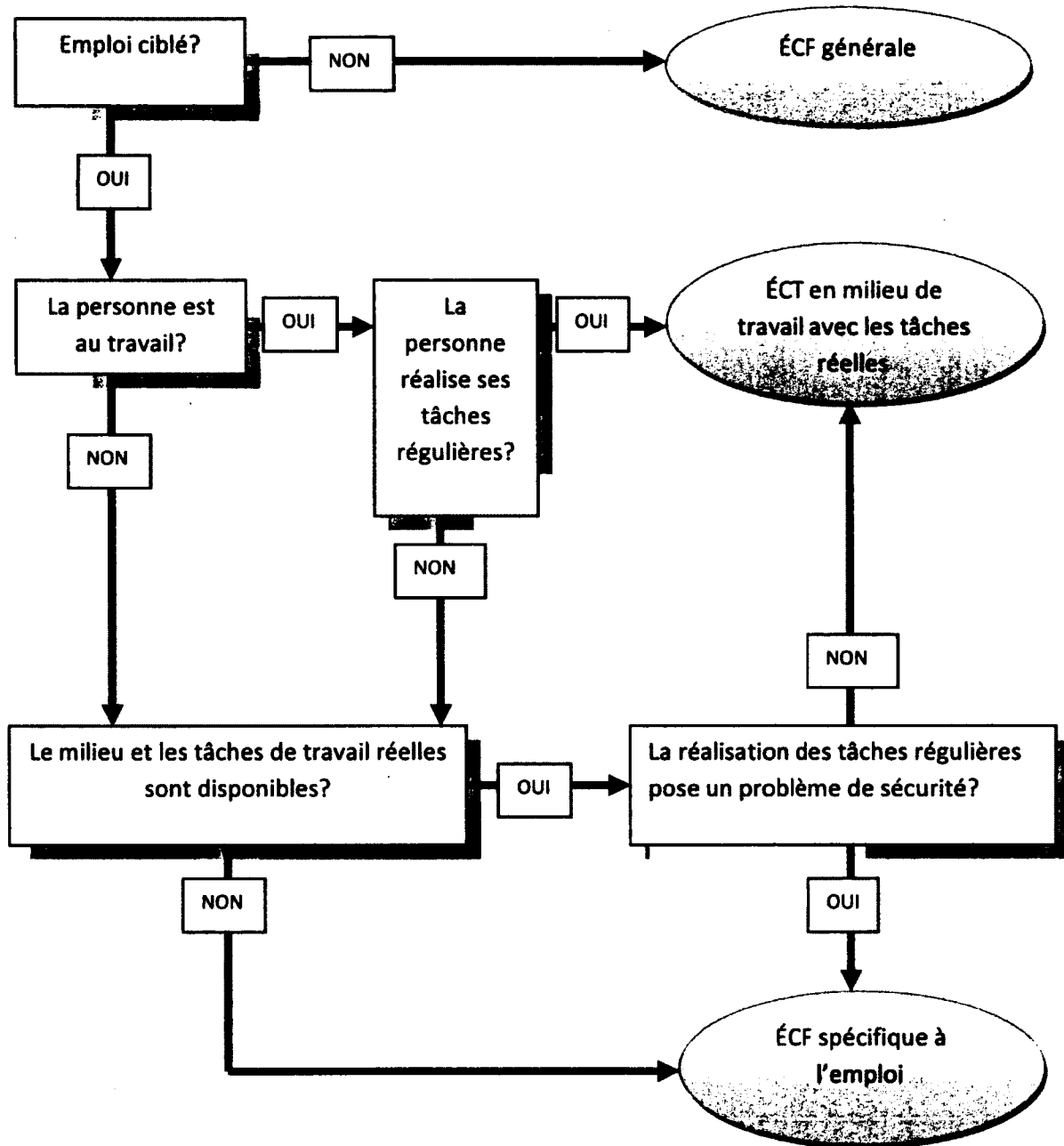


Figure 4 - Arbre décisionnel pour le choix du type d'ÉCT à utiliser

L'ÉCT doit être flexible

La flexibilité de l'ÉCT réfère à la possibilité de modifier ou d'adapter l'évaluation pour répondre adéquatement à la question spécifique du référent et bien sûr, pour rencontrer les besoins de la personne évaluée (48; 19). L'approche centrée sur le client est importante en ergothérapie (34). Une ÉCT centrée sur le client est une évaluation qui tient compte des besoins évolutifs de la personne, de même que ses intérêts. Elle reconnaît un pouvoir décisionnel à la personne en regard des objectifs poursuivis par l'ÉCT et sa réadaptation. Elle informe la personne tout au long du processus et lui permet de s'exprimer à l'égard des services donnés (1).

Lors d'une ÉCT en milieu de travail, la flexibilité se manifeste par l'adaptation de l'évaluation aux réalités des différentes tâches/responsabilités de travail et des différentes exigences et aux contraintes du milieu de travail, incluant le contexte économique. Lors d'une ÉCF, il s'agit de simuler des tâches spécifiques d'un emploi, de s'adapter aux besoins de la personne en cours d'évaluation, de modifier l'ordre de passation des tests ou des items en cours d'évaluation à lumière des nouvelles données. Ces modifications doivent être documentées par la suite dans le rapport (39).

L'ÉCT doit être flexible en permettant une période d'arrêt dans le cas où la situation personnelle ou de travail de la personne change afin de lui permettre de s'adapter si nécessaire ou de stabiliser sa situation (1).

Force des données probantes : XI, X, VII

14. L'ergothérapeute doit adapter l'ÉCT aux circonstances liées au milieu de travail, au contexte économique et à la situation de la personne.

L'ÉCT doit être pratique

Les coûts associés à une ÉCT sont généralement élevés (15) et les ressources du réseau de la santé sont limitées. Les agents payeurs ont également des préoccupations d'ordre économique lorsqu'ils requièrent cette intervention (10; 50). Il est donc important de s'assurer que les coûts associés aux procédures d'évaluation soient raisonnables (17). L'ergothérapeute doit donc choisir des modalités d'évaluations efficaces, c'est-à-dire qui permettent de répondre à l'objectif de l'ÉCT mais également des modalités qui soient efficaces, c'est-à-dire qu'elles répondent à l'objectif par des procédés qui soient raisonnables en termes d'efforts et de temps investis.

Force des données probantes : XI, X et VII

15 L'ergothérapeute doit veiller à l'efficacité lors du choix de l'ÉCT et de ses modalités.

L'ÉCT doit être exacte et crédible

Les ÉCT sont utilisées pour appuyer un processus décisionnel, que ce soit sur le plan thérapeutique ou médico-légal. Dans une recherche d'une efficacité thérapeutique ou encore d'une équité et d'une justice sociale, la validité des résultats est essentielle. L'ergothérapeute doit donc s'assurer que les résultats de l'ÉCT correspondent à la réalité.

Selon Innes et Straker (5), plusieurs sources de données sont utilisées par les cliniciens lors des ÉCT pour augmenter la validité de celle-ci. De façon générale, l'ÉCT en milieu de travail utilise un plus grand éventail de sources de données ainsi que de méthodes pour les recueillir comparativement aux ÉCF.

Le tableau suivant indique la fréquence des sources de données utilisées par des cliniciens selon les différents types d'évaluation (5). Le symbole (+++) indique que la source est utilisée fréquemment ou constamment pour assurer la qualité de l'ÉCT et de ses résultats. Le symbole (+) signifie que les sources sont utilisées occasionnellement ou rarement.

Tableau 3 – Sources de données

Sources	Évaluation en milieu de travail avec un emploi ciblé (incluant l'analyse de l'emploi)	ÉCF avec un emploi ciblé	ÉCF générale
Dossier de l'utilisateur (5; 41)			
Travailleur (5; 19; 41; 45)			
Autres professionnels de la santé (5; 41)			
Environnement de travail/ tâches (5; 19; 47; 45; 41)			
Contexte organisationnel (5)			
Description de tâche (5; 45)			+
Collègues du travailleur (5; 41; 45)			+
Famille du travailleur (5; 41; 54)	+	+	+

Pour réaliser une ÉCT de qualité, une attention particulière sera également portée aux méthodes de collecte de données.

Le tableau suivant indique la fréquence des méthodes de cueillette de données utilisées par des cliniciens selon les différents types d'évaluation (5). Le symbole (+++) indique que la méthode est utilisée fréquemment ou constamment pour assurer la qualité de l'ÉCT et de ses résultats. Le symbole (+) indique que les méthodes sont utilisées occasionnellement ou rarement (5).

Tableau 4 – Méthodes de collecte de données

Méthodes	Évaluation en milieu de travail avec un emploi ciblé (incluant l'analyse de l'emploi)	ÉCF avec un emploi ciblé	ÉCF générale
Entrevue (5; 47; 41; 45)			
Observation directe (5; 47; 41)			
Mesures standardisées (5; 41)	+		
Simulations de tâches de travail (19; 41)	+		+
Photographies / vidéo (5)	+	+	+
Consultation de documents (5; 45)	+	+	+
Journal de bord (5)	+	+	+
Expérimentation des tâches du travailleur par l'ergothérapeute (5)	+	+	+

Force des données probantes : X

Le potentiel d'analyse des données probantes est augmenté par l'utilisation de plusieurs sources de données et méthodes de collecte de données.

Innes et Straker (5) ont répertorié les stratégies qui assurent la rigueur lors de la cueillette des données auprès des différentes sources. Ils les divisent en deux grands groupes : 1) les stratégies de mesures quantitatives et 2) les stratégies qualitatives.

Pour ce qui est des mesures quantitatives, elles doivent se faire de manière à limiter les biais c'est-à-dire d'éliminer ce qui pourrait perturber ou fausser la mesure. Les éléments suivants doivent être présents : 1) la standardisation du test (instructions, équipements utilisés, procédures d'administration, d'analyse et d'interprétation des résultats); 2) la qualification de la personne qui administre le test; 3) le souci de cohérence entre l'élément mesuré et le test. L'ergothérapeute va donc privilégier des instruments de mesure qui ont fait l'objet d'études de fiabilité et de validité.

Pour ce qui est des stratégies qualitatives, elles s'assurent que l'évaluation est crédible. Les stratégies suivantes sont utilisées :

- Une description du processus de cueillette et d'analyse des données qui permet à une personne externe de vérifier le processus, les données produites et d'évaluer leur justesse. La description fait état de comment et où les données ont été prises, de comment l'évaluation a été conduite et comment les conclusions et recommandations sont produites. Concrètement ceci veut dire que l'ergothérapeute précise dans le rapport d'évaluation où et quand il a procédé à l'évaluation et avec quelles méthodes. Il précise également s'il a modifié ou non les protocoles de test et pourquoi. Dans son analyse, il expliquera comment il arrive à sa conclusion sur le fonctionnement au travail de la personne évaluée.
- Des descriptions détaillées (par exemple : le contexte dans lequel où est observé le fonctionnement au travail), qui permettent au lecteur de juger de l'utilité des informations présentées pour ce qu'il veut en faire (ex. : se baser sur le rapport pour prendre une décision administrative). Concrètement, l'ergothérapeute précisera si l'ÉCT se déroule en milieu clinique, dans le milieu de travail de la personne ou un autre milieu de travail. Il décrira le milieu de travail tant sur le plan physique, organisationnel que social. Les enjeux présents seront également identifiés (ex. : litiges). L'ergothérapeute décrira de façon détaillée ce qu'il a observé du fonctionnement au travail de la personne.
- Une vérification auprès des détenteurs d'enjeux des interprétations et des conclusions. Par exemple, les résultats et les recommandations sont vérifiés auprès du travailleur et de son employeur afin de s'assurer qu'ils sont exacts et compréhensibles.
- Une analyse négative de cas qui consiste en une recherche active de preuves contraires, c'est-à-dire de données qui invalideraient les hypothèses élaborées lors du raisonnement clinique à propos du fonctionnement au travail de la personne. Les hypothèses de travail sont raffinées à la lumière des nouvelles informations afin que toutes les situations soient expliquées. Si des incohérences demeurent, une explication plausible est présentée. Concrètement ceci signifie que l'ergothérapeute vérifie ses hypothèses de travail en recueillant des données qui vont dans le sens de ses hypothèses mais également en cherchant activement des données qui peuvent les réfuter. Par exemple, lors d'un suivi téléphonique, un client se plaint d'une augmentation de la raideur au dos après quelques heures au travail. Les données recueillies jusqu'à maintenant portent à penser que ce client n'utilise pas les stratégies de régulation des symptômes en milieu de travail alors que celles-ci s'étaient avérées

efficaces en clinique. Au lieu de conclure immédiatement que c'est le cas, l'ergothérapeute questionnera la personne, il ira faire une vérification en milieu de travail en observant le travailleur pendant l'exécution de ses tâches et questionnera également l'employeur sur l'utilisation des stratégies de régulation des symptômes. Advenant que les données indiquent que la personne utilise les stratégies de régulation des symptômes, l'ergothérapeute cherchera à comprendre pourquoi celles-ci sont moins efficaces maintenant que la personne est en milieu de travail.

- Une **discussion des recommandations avec les détenteurs d'enjeux** afin de s'assurer d'avoir une entente mutuelle. La nécessité et la faisabilité des recommandations sont discutées avec les personnes impliquées.
- Une **révision par un pair et débriefing** sur le processus d'évaluation afin de vérifier la neutralité de l'évaluateur. Il s'agit de demander à un collègue impartial de réviser le processus d'évaluation et ses résultats, avec un point de vue neutre.
- Une **observation persistante et des engagements prolongés** sur le terrain qui consiste en une vérification des informations et des interprétations dans plusieurs situations. Le contact long et intensif avec le travailleur et/ou le milieu de travail permet également l'établissement d'une relation de travail et de confiance et ainsi d'avoir accès à davantage d'informations.
- Une recherche d'une **saturation des données** afin de s'assurer d'avoir une vision complète de la situation. Il s'agit de recueillir des données jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouvelles informations ou qu'elles ne permettent pas d'obtenir une meilleure compréhension du fonctionnement au travail. En résumé, «on a fait le tour».
- Une vérification de la **cohérence structurale** c'est-à-dire de la plausibilité des liens entre les données. Il s'agit de vérifier qu'il n'y a pas d'inconsistances inexplicables entre les données, leur interprétation et les conclusions. Autrement dit, il y a une logique évidente entre les données, l'analyse et la conclusion du rapport d'évaluation.
- Une **auto-réflexion** du clinicien à propos de ses performances, où il considère si d'autres connaissances, compétences ou expériences lui sont nécessaires pour les améliorer.
- Une **triangulation** c'est-à-dire une utilisation combinée de différentes sources (ex. : travailleur, employeur) ou de différentes méthodes (ex. : entrevue, observation) pour recueillir des données concernant une même capacité ou facteur. Ceci permet de réduire l'influence de la source ou de la méthode de cueillette des données en comparant les résultats entre eux. Elle permet de corroborer les résultats pour s'assurer de leur justesse. Par exemple, pour connaître les impacts de la fatigue lors du retour au travail, l'ergothérapeute peut trianguler les sources en questionnant la personne (source no. 1), son employeur (source no. 2) et le conjoint de la personne (source no. 3). L'ergothérapeute peut aussi utiliser une combinaison d'entrevues et d'observations en milieu de travail (triangulation des méthodes).

Bien qu'il y ait un ensemble de caractéristiques associées à la rigueur qui sont communes à toutes les ÉCT, leur importance sera pondérée différemment selon les types d'ÉCT (48; 5). Le choix des stratégies de rigueur reflète cette pondération. L'ÉCT en milieu de travail tend à préférer des critères de qualité et des stratégies évaluatives de nature qualitative. Selon les auteurs, ceci reflète très probablement la sensibilité du fonctionnement au travail aux interactions complexes entre la personne, les tâches et l'environnement. Une approche qualitative est plus à même de saisir le phénomène qui est complexe, multidimensionnel et

évolutif. L'ÉCF globale tend à préférer des critères de qualité et des stratégies évaluatives de nature quantitative. Elle cherche à quantifier et mesurer objectivement les capacités de la personne en dehors de l'influence de l'environnement. Encore ici l'ÉCF spécifique à un emploi tient une place plus mitoyenne entre les deux approches, recherchant à la fois des résultats utiles et sensés pour les détenteurs d'enjeux (approche qualitative) et des résultats objectifs et fiables (approche quantitative) (48).

Le tableau suivant indique la fréquence des stratégies utilisées par des cliniciens selon les différents types d'évaluation (5). Le symbole (+++) indique que la stratégie est utilisée fréquemment à constamment pour assurer la qualité de l'ÉCT et de ses résultats. Le symbole (+) indique les stratégies occasionnellement ou rarement.

Tableau 5 – Stratégies visant la rigueur de l'ÉCT

Stratégies	Évaluation en milieu de travail (Incluant l'analyse de l'emploi)	ÉCF avec un emploi ciblé	ÉCF générale
Instruments de mesure fiables et valides (5; 39; 41)	+		
Description du processus de cueillette et d'analyse des données (5)			
Descriptions détaillées du fonctionnement au travail et de son contexte (5)			
Vérification des résultats et des recommandations auprès du travailleur et de son employeur (5)			
Discussion des recommandations avec les détenteurs d'enjeux (5)			
Analyse négative de cas (5; 41)	+		
Révision par un pair (5; 57)	+	+	+
Engagement prolongé sur le terrain ou observation persistante et développement d'une relation de travail et de confiance (5; 41)			
Saturation des données (5)	+	+	+
Cohérence structurale (5)			
Auto-réflexion (5)			
Triangulation (5; 7; 41)			

Outre les stratégies, l'expérience et les compétences du clinicien contribuent également à la rigueur des ÉCT (19). La qualité des interactions entre l'évaluateur et la personne évaluée joue également un rôle dans la réussite de l'évaluation. L'évaluateur doit donc être capable d'établir une relation de collaboration et de confiance et intervenir de façon à ce que la personne évaluée se sente confortable et en mesure de donner des performances qui reflètent son fonctionnement réel (50).

Force des données probantes : X et VII

17. L'ergothérapeute doit utiliser des stratégies rigoureuses pour s'assurer de la justesse des données recueillies, de leur analyse et des conclusions qu'il en tire.

Section 3

Vignette clinique

Vignette clinique

Cette vignette clinique illustre de façon concrète l'application des recommandations présentées dans ce GP. Les recommandations suivies sont indiquées entre parenthèses tout au long du texte.

Dans la marge de gauche, les étapes du processus de réadaptation au travail sont indiquées pour y situer les éléments de la vignette (voir la figure 2, en page 17, pour visualiser l'ensemble du processus et le tableau 1, en page 18, pour un rappel des objectifs de l'ÉCT à chacune des étapes du processus). Il est à noter que dans cette vignette, l'étape de réorientation professionnelle est absente. D'autre part, certaines étapes se chevauchent comme par exemple les étapes de développement des capacités et d'intégration.

Après la vignette, l'utilisation de l'arbre décisionnel, pour le choix du type d'ÉCT fait par l'ergothérapeute de la vignette est présentée (voir la figure 4, en page 34, pour visualiser l'arbre décisionnel).



Chantal est une coiffeuse de 32 ans qui a subi de multiples fractures (membres inférieurs, bassin, membre supérieur gauche), une atteinte du nerf radial gauche et un traumatisme crânien léger lors d'un accident automobile. Elle est référée en réadaptation suite à son congé de l'hôpital. L'évaluation initiale est menée par une équipe multidisciplinaire. Chantal peut effectuer une mise en charge complète sur ses membres inférieurs depuis peu, sa force, ses amplitudes articulaires et son endurance sont limitées. Elle éprouve diverses douleurs et présente un léger œdème au genou droit et au pied gauche. Elle éprouve également de la fatigue et des maux de tête.

Lors de l'entrevue initiale, Chantal exprime les attentes suivantes : retrouver sa dextérité manuelle, pouvoir marcher rapidement et rester debout longtemps, pouvoir conduire sa voiture, faire son entretien domestique quotidien, reprendre ses loisirs et retourner au travail le plus rapidement possible (recommandation 11).

Lors de l'entrevue, il est également question de son fonctionnement pré-accidentel et actuel (recommandation 5). Bien que pour l'instant Chantal ne soit pas en état pour effectuer son emploi, l'ergothérapeute s'informe sur son emploi et ils explorent ensemble les difficultés et les atouts probables face au retour au travail (recommandations 2, 3, 4 et 9). Étant donné qu'à ce stade, les capacités de Chantal sont très réduites, il est impossible d'effectuer une ÉCT en milieu de travail. L'ergothérapeute opte donc pour une visite en milieu de travail afin d'analyser l'emploi (recommandation 1, 13, 14). D'autre part, comme Chantal a rapporté des difficultés en lien avec des activités domestiques (AVD), l'ergothérapeute se rend chez

elle pour effectuer des mises en situation qui permettent d'analyser le fonctionnement dans des tâches domestiques (recommandation 6) et cibler des stratégies pour les faciliter. L'évaluation est complétée avec la mesure de certaines capacités et de facteurs personnels problématiques pour le fonctionnement et ce, avec des instruments de mesure fiables et valides (recommandations 3, 5, 12, 13, 16, 17). Tout au long du processus d'évaluation, l'ergothérapeute choisit des modalités qui permettent saisir rapidement l'essentiel du tableau clinique tout en respectant la fatigue de Chantal (recommandations 1 et 15). L'ergothérapeute est conscient qu'à ce stade, son jugement à l'égard du fonctionnement au travail de Chantal est seulement une présomption et qu'une marge d'erreur est présente. Ce jugement sera validé en cours de réadaptation lorsque les mises en situation de travail seront réalisées (recommandations 9 et 10).

Au fur et à mesure du recueil des données via l'entrevue, l'analyse de l'emploi et les mises en situation dans des AVD, l'ergothérapeute effectue une analyse du fonctionnement. Il discute des données recueillies avec les autres membres de l'équipe multidisciplinaire et ensemble ils coordonnent la poursuite des évaluations dans chacune des disciplines (recommandations 4, 7 et 8).

Un premier pronostic de participation au travail est posé en équipe. À la lumière d'un pronostic de participation au travail favorable à l'emploi pré-accidentel, ce dernier sera la cible du processus de réadaptation. Un plan d'intervention est élaboré à partir des données concernant le fonctionnement actuel et celui visé, de même que de l'évolution attendue¹. Le pronostic de participation au travail et le plan d'intervention seront réévalués périodiquement pendant tout le processus de réadaptation au travail (recommandations 4, 7 et 8).

Un premier développement des capacités de Chantal est débuté en milieu clinique. Les mesures prises périodiquement et l'observation directe pendant la réalisation des activités thérapeutiques permettent de documenter les progrès et ajuster les traitements (recommandations 10, 16 et 17). Les traitements comprennent, dès que la dextérité de Chantal est suffisante, des simulations de tâches de travail. Ces simulations de tâches permettent également d'évaluer certains éléments de la performance au travail (recommandations 2, 9, 10). Après un certain temps, Chantal présente une tolérance debout de deux heures en intégrant de courtes pauses. Elle présente également un retour de sa sensibilité à sa main gauche et une amélioration significative de sa dextérité. Comme son employeur est ouvert à retour thérapeutique au travail (37), celui-ci sera débuté en parallèle à la poursuite des traitements en clinique. Madame est légèrement anxieuse de retourner en milieu de travail en raison de changements liés à l'organisation des tâches depuis son accident. Suite à une mise

¹ Des interventions sont prévues en lien avec les activités hors travail mais celles-ci ne font pas l'objet d'une description dans cette vignette.

à jour de l'analyse de son emploi et des résultats de quelques mises en situation choisies, une identification des tâches compatibles avec les capacités actuelles de Chantal est faite (recommandation 10). À partir de cette base, le plan de retour au travail est mis en place en collaboration avec son employeur et le conseiller en réadaptation de la SAAQ (recommandation 14). Par une évaluation périodique en milieu de travail et à la vérification du fonctionnement hors travail, l'ergothérapeute ajuste la progression des tâches et de l'horaire (recommandation 6). Avec la participation de Chantal, elle procède également à l'identification de certains ajustements du poste de travail (ex. : tapis anti-fatigue) et de façons de travailler (ex. : prise régulière de micropauses) qui facilitent le fonctionnement au travail de Chantal. Certains de ces ajustements seront temporaires, d'autres seront adoptés de façon permanente (recommandations 2, 3 et 4).

À la fin de la réadaptation, un avis sur le fonctionnement au travail de Chantal dans son emploi de coiffeuse est donné à la lumière des données recueillies en milieu de travail lors des dernières semaines du retour thérapeutique au travail (recommandation 13). Le rapport de fin des interventions fera état, non seulement de la productivité de Chantal au travail, mais également des aménagements et adaptations qui sont nécessaires suite à l'accident pour permettre un fonctionnement au travail optimal (ex. : peut travailler à temps plein mais ne peut plus faire 12 heures de travail dans une même journée). Le fonctionnement dans les autres rôles et responsabilités sera également rapporté de même que l'équilibre entre ces rôles et le travail (recommandation 6). À la demande du conseiller en réadaptation, les résultats du fonctionnement au travail et dans les autres rôles et responsabilités sont communiqués à la SAAQ, via le rapport de fin d'interventions, afin de répondre aux besoins médicolégaux du dossier.

Utilisation de l'arbre décisionnel

À deux reprises dans la vignette, l'ergothérapeute a utilisé l'arbre décisionnel pour choisir le type d'ÉCT.

La première fois, c'est au cours de la première étape du processus de réadaptation. Comme il y a la présence d'un emploi ciblé (coiffeuse), une absence de Chantal du travail et que la réalisation des tâches de travail est non sécuritaire, une ÉCF spécifique à l'emploi est indiquée. Cependant, les capacités très réduites de Chantal amène l'ergothérapeute à éliminer les tests et mises en situation de l'ÉCF qui ne sont pas sécuritaires. Il reste donc l'entrevue, la visite en milieu de travail pour analyser les tâches, certains tests et mises en situations fonctionnelles.

La seconde fois, c'est lors du développement des capacités et de l'intégration. Cette fois, toutes les conditions requises étaient présentes pour effectuer une ÉCT en milieu de travail.

Section 4

Élaboration du GP

*Sommaire des
recommandations*

Élaboration du GP

Les recommandations sont basées sur une recension systématique des écrits de 1993 à juin 2008. La recension s'est faite à partir de nombreuses bases de données, de sites WEB pertinents, et par la fouille manuelle de la Revue Québécoise d'Ergothérapie.

Les données probantes pertinentes ont été classées selon des niveaux de preuve scientifique proposée par Burns et Grove (58) présentés au tableau 6. Essentiellement, les niveaux de preuve scientifique consistent en une hiérarchisation de la valeur scientifique des résultats des études. Les résultats de niveau I sont considérés comme les évidences les plus fortes. Ceux du niveau XI sont considérés les plus faibles.

Tableau 6 – Niveaux de preuve des données probantes (58)

I	Recension systématique d'études expérimentales (essais randomisés de bonne qualité)
II	Méta-analyse d'études expérimentales (essais randomisés) et quasi-expérimentales
III	Recension intégrative d'études expérimentales et quasi-expérimentales
IV	Une seule étude expérimentale (essai randomisé)
V	Une seule étude quasi-expérimentale
VI	Méta-analyse d'études corrélationnelles
VII	Recension intégrative d'études corrélationnelles et d'études descriptives
VIII	Métasynthèse et métasommaire d'études qualitatives
IX	Une seule étude corrélationnelle
X	Une seule étude qualitative ou descriptive
XI	Rapport d'un comité d'experts, opinion d'une autorité respectée

Note : Dans le cadre de ce GP les recensions des écrits qui comprennent à la fois des études corrélationnelles, descriptives, qualitatives et des opinions d'experts ont été classées au niveau VII.

Les écrits présentant un cadre de référence ou un modèle conceptuel ont été classés au niveau VII.

La liste des articles classés selon les niveaux de preuve est présentée en annexe.

Suite à la recension systématique des écrits, la première version du guide de pratique a été élaborée en tenant compte des niveaux de preuve scientifique. Cette première version a fait l'objet d'une consultation auprès de 24 ergothérapeutes experts du domaine via quatre groupes de discussion focalisée et deux entrevues individuelles. Les participants ont donné leur avis sur le format et la clarté du guide, sur la pertinence de chacune des recommandations et si elles couvraient bien le domaine. Les verbatim ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Des modifications ont été apportées au guide de pratique suite aux résultats de la consultation.

Sommaire des recommandations

Recommandations	Niveau de preuve des données probantes sur laquelle est appuyée la recommandation
L'ÉCT doit être sécuritaire	
<p>1. L'ergothérapeute doit s'assurer de connaître les limitations fonctionnelles émises et modifier ou éliminer les tests qui ne les respectent pas ou, au besoin, remettre l'ÉCT à plus tard si la condition de la personne ne s'y prête pas.</p> <p>Il doit également être vigilant en ce qui a trait à la sécurité de la personne tout au long de l'ÉCT et être prêt à modifier ou cesser les procédures au besoin.</p>	XI et VII
L'ÉCT doit être complète	
<p>2. L'ÉCT doit porter sur les différentes dimensions du fonctionnement au travail, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La participation au travail; • La performance au travail; • Les capacités de la personne. 	X et VII
<p>3. L'ÉCT doit porter sur les facteurs d'ordre personnels, environnementaux et temporels qui influencent le fonctionnement au travail de la personne.</p>	VII
<p>4. L'ÉCT doit tenir compte de la nature dynamique et changeante de l'interaction entre la personne et de son environnement. Le résultat de l'ÉCT est une description momentanée du fonctionnement au travail et doit être considéré comme tel.</p>	X et VII

5. Lors d'une ÉCT, l'ergothérapeute devrait utiliser une approche d'évaluation allant du général au spécifique, c'est-à-dire évaluer en premier lieu la participation et la performance au travail et par la suite, évaluer plus en détail les capacités de la personne et les facteurs identifiés comme problématiques pour le fonctionnement.	XI et VII
6. Lors de l'évaluation, l'ergothérapeute doit avoir une vision de l'occupation plus large que seulement le travail. Il doit tenir compte également de l'impact des incapacités sur les autres rôles de la personne.	X et VII
7. Lorsque la personne présente une situation de handicap complexe, l'ÉCT doit se faire par une équipe composée de professionnels provenant de disciplines complémentaires.	VII
8. L'équipe qui procède à l'ÉCT doit se doter de mécanismes qui facilitent la collaboration interprofessionnelle, à savoir : l'établissement de règles de fonctionnement, l'adoption d'un cadre de référence commun et d'un but commun.	VII
L'ÉCT doit être précoce	
9. L'ÉCT doit être amorcée précocement dans un processus de réadaptation.	XI et VII
L'ÉCT doit être continue	
10. L'ÉCT doit être continue tout au long du processus de réadaptation au travail.	X et VII
L'ÉCT doit être utile	
11. L'ergothérapeute doit s'assurer de bien connaître les objectifs motivant l'ÉCT avant de procéder.	X et VII

12. L'ergothérapeute doit identifier la ou les dimensions du fonctionnement au travail qu'il évalue afin de sélectionner le type d'ÉCT cohérent avec la ou les dimensions visées.	VII
13. Le choix d'un type d'ÉCT doit être basé sur l'objectif de l'ÉCT.	XI, X et VII
L'ÉCT doit être flexible	
14. L'ergothérapeute doit adapter l'ÉCT aux circonstances liées au milieu de travail, au contexte économique et à la situation de la personne.	XI, X et VII
L'ÉCT doit être pratique	
15. L'ergothérapeute doit veiller à l'efficacité lors du choix de l'ÉCT et de ses modalités.	XI, X et VII
L'ÉCT doit être exacte et crédible	
16. Pour réaliser une ÉCT, l'ergothérapeute doit utiliser plusieurs sources de données et méthodes de cueillette de données.	X
17. L'ergothérapeute doit utiliser des stratégies rigoureuses pour s'assurer de la justesse des données recueillies, de leur analyse et des conclusions qu'il en tire.	X et VII

Glossaire

Glossaire

Analyse de l'emploi – C'est la documentation des tâches et exigences d'un emploi. Elle permet de cibler les dimensions et les exigences problématiques pour le maintien ou le retour au travail.

Capacités de la personne – Ce sont les aptitudes de la personne qui permettent l'exécution des activités de travail. C'est l'une des dimensions du fonctionnement au travail.

Compatibilité – C'est lorsqu'il y a une bonne adaptation ou concordance entre la personne et son travail.

Évaluation des capacités reliées au travail (ÉCT) – C'est l'appréciation des capacités d'une personne à réaliser un travail. C'est également un terme générique pour désigner l'ensemble des types d'ÉCT.

Évaluation des capacités fonctionnelles (ÉCF) – C'est une évaluation qui consiste habituellement d'une batterie de tests qui mesure les capacités maximales d'une personne en lien avec le travail. Cette évaluation se passe généralement en milieu clinique et peut durer quelques heures, quelques jours ou quelques semaines.

Évaluation des capacités fonctionnelles générales – C'est une évaluation des capacités fonctionnelles qui mesure les capacités de la personne selon des exigences générales de travail, telles que se maintenir debout ou en marche, manutentionner des charges, être capable de maintenir son attention, etc.

Évaluation des capacités fonctionnelles spécifiques à un emploi – C'est une évaluation des capacités fonctionnelles qui mesure les capacités de la personne en fonction des tâches et exigences particulières d'un emploi déterminé. Il en résulte une présomption sur la compatibilité entre les capacités de la personne et les exigences de cet emploi.

Évaluation en milieu de travail ou ÉCT en milieu de travail – C'est une évaluation qui met la personne en situation dans des tâches réelles de travail. Elle cherche à documenter les interactions spécifiques entre un travailleur, son emploi et son environnement de travail.

Exigences critiques – Ce sont les exigences d'un emploi spécifique qui peuvent être problématiques pour le retour ou le maintien au travail d'une personne.

Participation au travail – C'est la capacité d'une personne à acquérir et maintenir un emploi et ainsi occuper un rôle de travailleur dans la société. C'est l'une des dimensions du fonctionnement au travail.

Performance au travail – C'est la capacité d'une personne à effectuer de façon satisfaisante les tâches et responsabilités reliées à son emploi. C'est l'une des dimensions du fonctionnement au travail.

Références

Références

1. Dutil, E. et Vanier, M. *Évaluation fonctionnelle des capacités de travail: rapport final. Équipe trauma*. s.l. : Société de l'assurance automobile du Québec et Fond de la recherche en santé du Québec, 1998.
2. Mercier, S. *L'approche d'évaluation des ergothérapeutes québécois en regard de l'habitude de vie travail*. s.l. : Université de Montréal, 1998.
3. Strong, S. Les évaluations de la capacité fonctionnelle - aspects positifs, aspects négatifs et écueils. *Actualités Ergothérapiques*. Janvier/Février 2002, pp. 5-9.
4. Innes, E. et Straker, L. A clinician's guide to work-related assessment: 3- Administration and interpretation problems. *Work*. 1998c, Vol. 11, 2, pp. 207-219.
5. Innes, E. et Straker, L. Strategies used when conducting work-related assessments. *Work*. 2002b, Vol. 19, pp. 149-165.
6. Innes, E. et Straker, L. Workplace assessments and functional capacity evaluations: Current beliefs of therapists in Australia. *Work*. 2003a, Vol. 20, pp. 225-236.
7. Lysaght, R. Job Analysis in Occupational Therapy: Stepping Into the Complex World of Business and Industry. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1997, Vol. 51, 7, pp. 569-575.
8. Velozo, C.A. Work Evaluations: Critique of the State of the Art of Functional Assessment of Work. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1993, Vol. 47, 3, pp. 203-209.
9. Innes, E. et Straker, L. A clinician's guide to work-related assessment: 2- Design problems. *Work*. 1998b, Vol. 11, 2, pp. 191-206.
10. Cotton, A., Schonstein, E. et Adams, R. Use of functional Capacity Evaluations by rehabilitation providers in NSW. *Work*. 2006, Vol. 26, 3, pp. 287-295.
11. King, P.M., Tuckwell, N. et Barrett, T. A Critical Review of Functional Capacity Evaluations. *Physical Therapy*. 1998, Vol. 78, 8.
12. Innes, E. et Staker, L. Reliability of work-related assessments. *Work*. 1999a, Vol. 13, pp. 107-124.
13. Innes, E. et Straker, L. Validity of work-related assessments. *Work*. 1999b, Vol. 13, pp. 125-152.

14. Pransky, G.S. et Dempsey, P.G. Practical aspects of functional capacity evaluations. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2004, Vol. 19, 3, pp. 217-229.
15. Gross, D.P. Measurement Properties of Performance-Based Assessment of Functional Capacity. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2004, Vol. 14, 3, pp. 165-174.
16. Wind, H, et al. Assessment of Functional Capacity of the Musculoskeletal System in the Context of Work, Daily Living, and Sport: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005, Vol. 15, 2, pp. 253-272.
17. Hart, D.L., Isernhagen, S.J. et Matheson, L.N. Guidelines for Functional Capacity Evaluation of People With Medical Conditions. *JOSP*. 1993, Vol. 18, 6, pp. 682-686.
18. Travis, J. Cross-disciplinary competency standards for work-related assessments: Communicating the requirements for effective professional practice. *Work*. 2002, Vol. 19, pp. 269-280.
19. Strong, S., et al. Functional assessment of injured workers: A profile of assessor practices. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. February 2004b, Vol. 71, 1, pp. 13-23.
20. Davis, Dave, Goldman, Joanne et Palma, Valerie A. *Handbook on Clinical Practice Guidelines*. Ottawa : Association médicale canadienne, 2007.
21. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN. *site Web SIGN*. [En ligne] 1 mai 2004. [Citation : 1 août 2007.] <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>.
22. National Health and Medical Research Council (NHMRC). [En ligne] 1 janvier 1999. [Citation : 29 juillet 2007.] <http://nhmrc.gov.au/publications/synopses/cp30syn.htm>.
23. *Le Petit Larousse illustré*. Paris : Larousse, 2005.
24. Dion-Hubert, C. et Therriault, P.-I. Le travail a-t-il toujours sa place en ergothérapie. *Revue Québécoise d'Ergothérapie*. Septembre 1992, Vol. 1, 1, pp. 25-31.
25. Kielhofner, G. *Model of human occupation. Theory and application*. Baltimore : Lippincott, Williams & Wilkins, 2008.
26. Law, M, et al. The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1996, Vol. 63, 1, pp. 9-23.
27. Limoges, J, Lemaire, R et Dodier, F. *Trouver son travail*. St-Laurent : Fides, 1987.
28. Baker, N et Jacobs, K. The nature of working in the United States: An occupational therapy perspective. *Work*. 2003, Vol. 20, pp. 53-61.
29. Innes, E. et Straker, L. A clinician's guide to work-related assessment: 1- Purposes and problems. *Work*. 1998a, Vol. 11, 2, pp. 183-189.

-
30. Serra, C., et al. Criteria and methods used for the assessment of fitness for work: a systematic review. *Occup Environ Med.* 2007, Vol. 64, pp. 304-312.
31. Lacerte, M et Wright, G.R. Return to work determination. *Physical Medicine and Rehabilitation: State of the Art Reviews.* 1992, Vol. 6, 2, pp. 283-302.
32. Sandqvist, J.L. et Henricksson, C.M. Work functioning: A conceptual framework. *Work.* 2004, Vol. 23, pp. 147-157.
33. Organisation mondiale de la santé. *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2001.
34. Canadian Association of Occupational Therapists. *Enabling Occupation. An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa : CAOT Publications, 2002.
35. *Le pronostic de participation sociale*. Lambert, J, et al. Québec : Institut de réadaptation en déficience physique de Québec - Formation réseau, 2006.
36. Durand, M.-J., et al. *La marge de manoeuvre de travailleurs pendant et après un programme de retour progressif au travail. Définition et relations avec le retour à l'emploi*. Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2008. Rapport R-566.
37. Durand, M.-J., Loisel, P et Durand, P. Le Retour Thérapeutique au Travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail: description et fondements théoriques. *Canadian Journal of Occupational Therapy.* 1998, Vol. 65, 1, pp. 72-80.
38. Durand, M.-J., et al. Helping clinicians in work disability prevention: the Work Disability Diagnosis Interview. *Journal of Occupational Rehabilitation.* 2002, Vol. 12, 3, pp. 191-204.
39. Abdel-Moty, E, et al. Process analysis of functional capacity assessment. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation.* 6, 1996, pp. 223-236.
40. Innes, E. et Straker, L. Workplace assessments and functional capacity evaluations: Current practices of therapists in Australia. *Work.* 2002a, Vol. 18, pp. 51-66.
41. Bootes, K. et Chapparo, C.J. Cognitive and behavioural assessment of people with traumatic brain injury in the work place: Occupational therapists' perceptions. *Work.* 2002, Vol. 19, pp. 255-268.
42. Chappell, I, Higham, J et McLean, A M. An occupational therapy work skills assessment for individuals with head injury. *Canadian Journal of Occupational Therapy.* June 2003, Vol. 70, 3, pp. 163-169.
43. U.S. Departement of Labor. *Dictionary of Occupational Titles*. Indianapolis : JIST Works inc, 1991.

-
44. **Ministère de la Main d'oeuvre et de l'Immigration.** *Classification canadienne descriptive des professions.* Ottawa : Information Canada, 1971.
45. **Costa-Black, K, et al.** Interdisciplinary team discussion on work environment issues related to low back disability: A multiple case study. *Work.* 2007, Vol. 28, pp. 249-265.
46. **Canelon, M.F.** Job Site Analysis Facilitates Work Reintegration. *The American Journal Of Occupational Therapy.* 1995, Vol. 49, 5, pp. 461-467.
47. **Joss, M.** The Importance of Job Analysis in Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy.* 2007, Vol. 70, 7, pp. 3001-303.
48. **Innes, E et Staker, L.** Attributes of excellence in work-related assessments. *Work.* 2003, Vol. 20, pp. 63-76.
49. **Gibson, L. et Strong, J.** A conceptual framework of functional capacity evaluation for occupational therapy in work rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal.* 2003, Vol. 50, pp. 64-71.
50. **Strong, S., et al.** Use of functional capacity evaluations in workplaces and the compensation system: A report on worker's and report users' perceptions. *Work.* 2004a, Vol. 23.
51. **Fisher, A G et Short-DeGraff, M.** Improving Functional Assessment in Occupational Therapy: Recommendations and Philosophy for Change. *American Journal of Occupational Therapy.* 1993, Vol. 47, 3, pp. 199-201.
52. **Trombly, C A.** Theoretical Foundations for Practice. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction.* Baltimore : Williams & Wilkins, 1995.
53. **Angelo, J.** A model for helping persons with physical disabilities return to work. *Occupational Therapy Practice.* 1993, Vol. 4, 3, pp. 67-73.
54. **Brollier, C, Shepherd, J et Markley, F.** Transition from school to community living. *American Journal of Occupational Therapy.* 1994, Vol. 48, 45, pp. 346-353.
55. **Vlaeyen, J W.S. et Linton, S J.** Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain.* 2000, Vol. 85, pp. 317-332.
56. **Sullivan, M.J.L., et al.** Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain.* 2000, Vol. 17, pp. 52-64.
57. **Allen, S, et al.** A framework for systematically improving occupational therapy expert opinions on work capacity. *Australian Occupational Therapy Journal.* 2006, Vol. 53, pp. 293-301.
58. **Burns, N et Grove, S K.** *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence.* St-Louis : Saunders Elsevier, 2009.

Annexe

*Classement des
références retenues
par niveaux de
preuve scientifique*

Annexe - Classement des références retenues par niveaux de preuve scientifique

Tableau 7 - Description des documents retenus pour la rédaction du GP en fonction des niveaux de preuve.

Niveaux de preuve	Type d'études	Documents
I, II, III, IV, V, VI	<ul style="list-style-type: none"> Recensions systématiques et méta-analyses d'études expérimentales; Recensions intégratives d'études expérimentales et quasi-expérimentales; Études expérimentale et quasi-expérimentale; Méta-analyses d'études corrélationnelles. 	Aucun
VII	<ul style="list-style-type: none"> Recensions intégratives des écrits; Articles proposant un cadre de référence ou un modèle conceptuel 	Abdel-Moty <i>et al.</i> (1996) Baker et Jacob (2003) Dion-Hubert et Therriault (1992) Gross (2004) Innes et Staker (1999a) Innes et Staker (1999b) Innes et Straker (1998a) Innes et Straker (1998b) Innes et Straker (1998c) King <i>et al.</i> (1998) Lysaght (1997) Pransky et Dempsey (2004) Serra <i>et al.</i> (2007) Strong (2002) Sullivan <i>et al.</i> (2006) Vlaeyen et Linton (2000) Velozo (1993) Wind <i>et al.</i> (2005) Dutil et Vanier (1998) Gibson et Strong (2003) Kielhofner (2008) Law <i>et al.</i> (1996) Sandqvist et Henricksson (2004)
VIII	<ul style="list-style-type: none"> Métasynthèses et métasommairess d'études qualitatives 	Aucun

IX	<ul style="list-style-type: none"> Études corrélationnelles 	Aucun
X	<ul style="list-style-type: none"> Études descriptives longitudinales 	Aucun
	<ul style="list-style-type: none"> Études descriptives transversales 	Cotton <i>et al.</i> (2006)
		Innes et Staker (2003)
		Innes et Straker (2002b)
		Lysaght et Wright (2005)
	<ul style="list-style-type: none"> Études qualitatives 	Allen <i>et al.</i> (2006)
		Bootes et Chapparo (2002)
		Costa-Black <i>et al.</i> (2007)
		Durand <i>et al.</i> (2008)
		Innes et Straker (2003a)
		Innes et Straker (2002a)
		Mercier (1998)
	<ul style="list-style-type: none"> Études mixtes (descriptive et qualitative) 	Strong <i>et al.</i> (2004a)
		Strong <i>et al.</i> (2004b)
XI	<ul style="list-style-type: none"> Opinions d'experts Articles cliniques décrivant des interventions et des programmes cliniques 	Angelo (1993)
		ACE (2002)
		Brollier <i>et al.</i> (1994)
		Canelon (1995)
		Chappell <i>et al.</i> (2003)
		Durand <i>et al.</i> (1998)
		Fisher et Short-DeGraft (1993)
		Hart <i>et al.</i> (1993)
		Joss (2007)
		Lacerte et Wright (1992)
		Lambert <i>et al.</i> (2006)
		Travis (2002)
		Trombly (1995)
Niveau de preuve non spécifié	<ul style="list-style-type: none"> Développement d'outils 	Durand <i>et al.</i> (2002)